



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Joana Chorão Fernandes

Lisboa, Março de 2013



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Joana Chorão Fernandes

Sob orientação de Ilda Lourenço

Lisboa, Março de 2013

RESUMO

O presente Relatório de Estágio, inscrito no plano de estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, pretende dar visibilidade à aprendizagem desenvolvida nos vários módulos de estágio. Apresenta os objetivos que foram planeados, as atividades que foram cumpridas, as situações e/ou problemas vividos e as estratégias de resolução encontradas que, no seu conjunto, patenteiam as competências especializadas em enfermagem que foram desenvolvidas ou aprimoradas.

Obtive creditação ao módulo de estágio de urgência por trabalhar num Serviço de Urgência Polivalente há 6 anos. O módulo de estágio de cuidados intensivos/intermédios foi concretizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de São José, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e o módulo de estágio opcional, teve lugar na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz.

A temática da Comunicação constituiu uma questão central em estágio, sempre valorizada ao nível da relação interpessoal e como competência de enfermagem importante em cada cuidado realizado. Especificamente, a comunicação de más notícias foi alvo de revisão sistemática da literatura, por ser uma realidade no quotidiano dos enfermeiros que reclama saber e perícia na sua gestão. Tese, que muitos autores consideram uma das áreas mais difíceis no contexto das relações interpessoais (Borges, Freitas e Gurgel, 2012).

A analogia entre a formação teórica e o exercício prático proporcionado pelos vários campos de estágio foi fundamental, quer no aperfeiçoamento de oportunidades de análise e de reflexão *na* e *sobre* a prática de cuidados, quer na consolidação de saberes e de competências que foram desenvolvidas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Considero que este Curso de Mestrado contribuiu para a construção de mais e melhores competências profissionais que afiançam cuidados de enfermagem de qualidade e, crescentes ganhos em saúde para a população.

ABSTRACT

This report, included in the syllabus of the Master's Degree in Nursing, Specialization in Medical-Cirurgical Nursing, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, aims to give visibility to the learning modules developed in several stages through description of the objectives, activities, situations and/or experienced complex problems and solving strategies found, resulting in a set of skills acquired and/or improved.

I received accreditation in the Urgency service module because I work in a Polivalent Urgency. The Intensive Care module has been done in Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes of the Hospital de São José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, and the Palliative Care module took place in the Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos of Hospital da Luz.

Throughout the various modules of training, has been given emphasis to the communication topic, not only by the crosscutting characteristics of itself, as by the impact it has on relationships with people and even in the success of the treatment. I have specifically explored the bad news communication, being the Target of the systematic literature review to become a reality in the daily lives of Nurses which requires training and expertise by presenting complexity. It is now considered one of the most difficult areas in the interpersonal relationships context (Borges, Freitas e Gurgel, 2012).

The analogy between the theoretical and the practical exercise provided by the various fields of stages was essential for the improvement of analysis opportunities and reflection on and over the care practice, as well as in the consolidation of learning, reflection and analysis for the degree of master and specialist nurse in medical-cirurgical nursing. I believe that this training contributed to the construction of new Knowledge in order to promote quality care practices, updated, which can be translated into health gains for the population.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão em primeiro lugar para a Professora Ilda Lourenço. Sem a sua disponibilidade, incentivo, interesse e ensino este percurso afigurar-se-ia muito mais difícil...

À Enfermeira Luísa Mendonça (orientadora do estágio de Cuidados Intensivos) pelo modelo que demonstrou enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Chefe de Equipa e Pessoa. Devo-lhe muito do meu conhecimento e desenvolvimento enquanto profissional.

Aos colegas que me acompanharam neste percurso académico, quer pelo excelente acolhimento no seio das suas equipas de trabalho, quer pela partilha de conhecimentos, de saberes e pela sua experiência profissional.

Um agradecimento muito especial aos meus pais, pelo seu amor incondicional e por me terem proporcionado sempre as melhores oportunidades para o meu aperfeiçoamento académico-profissional.

À minha irmã, ao Ricardo e a todas as minhas amigas, pela sua amizade, suporte emocional e afeto mesmo nos momentos em que estive menos presente...

A todos, o meu Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Abreviaturas:

ECG – Eletrocardiograma

EOT – Entubação Orotraqueal

et al. – entre outros

K⁺ - potássio

PAM – pressão arterial média

PCR – paragem cardiorrespiratória

Acrónimos:

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

GIA - Gabinete de Informação e Acompanhamento

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA – Solução antisséptica de base alcoólica

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Siglas:

BPS – Behavioral Pain Scale

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHKS - Comparative Health Knowledge Systems

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

FIP - International Pharmaceutical Federation

HFVVC – Hemofiltração Venovenosa Contínua

HGO – Hospital Garcia de Orta

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCDI - Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINC – Unidade Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCV – Unidade Cérebro Vascular

UIMC – Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico

UMICD - Unidade Médica de internamento de Curta Duração

UPP – Úlceras por pressão

UUM – Unidade de Urgência Médica

UVM – Unidade Vertebro Medular

WMA - World Medical Association

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos selecionados, segundo a metodologia *PICOS* 22

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos	21
Quadro 2 - «Protocolo de <i>Spikes</i> »	58
Quadro 3 - Comunicação de más notícias	59

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: «Estratégias da Comunicação com a Pessoa em Contexto de Cuidados Paliativos»	19
CAPITULO II - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO	27
1. MÓDULO I: Enfermagem em Serviço de Urgência	27
2. MÓDULO II: Enfermagem de Cuidados Intensivos/ Intermédios – UCIP I do Hospital de São José – CHLC, EPE	31
3. MÓDULO III: Enfermagem em Cuidados Paliativos – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz	53
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	77
Anexo I – Decúbito Dorsal em Cama de <i>Stryker</i>	77
Anexo II – Decúbito Ventral em Cama de <i>Stryker</i>	79
APÊNDICES	81
Apêndice I – Formação em Serviço sobre «Cuidados Paliativos»	81
Apêndice II – Procedimento Sectorial sobre «Sistemas de Oxigénio Terapêutico»	85
Apêndice III – Artigo apresentado em « <i>Journal Club</i> »	93
Apêndice IV – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em Cuidados Paliativos	95

0. INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, surge o presente Relatório de Estágio baseado nos módulos de estágio que foram cumpridos. Este Curso de Mestrado em Enfermagem assume como essencial o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências que permitam ao Enfermeiro Especialista cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Este relatório pretende dar a conhecer o trabalho desenvolvido na unidade curricular Estágio; evidenciar os objetivos planeados para cada módulo; apresentar as atividades concretizadas e provar as competências desenvolvidas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso em apreço, a unidade curricular Estágio corresponde a 540 horas que se fragmentam por três módulos específicos (cada um com 180 horas): Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III - Opcional - Cuidados Paliativos.

Quanto ao Módulo I – Serviço de Urgência, o Estágio foi creditado de acordo com o artigo 45º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, autenticando as competências que fui adquirindo ao desempenhar a minha atividade profissional no Serviço Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta, EPE (desde Outubro de 2007 até à presente data).

O Estágio correspondente ao Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP 1), do Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, no período de 20.09.2012 a 10.11.2012. Este, foi elegido pelas elevadas expectativas de que iria ser um local propício à aprendizagem. Tinha o maior interesse em adquirir e/ou aprofundar competências nesta área específica da enfermagem, uma vez que também no meu contexto de trabalho, cuido diariamente da pessoa que se encontra em situação crítica, muitas vezes instável a nível respiratório ou hemodinâmico, com necessidade de vigilância e de monitorização contínua, exigindo cuidados intensivos.

O Estágio opcional - Módulo III, foi realizado na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, no período de 23.04.2012 a 23.06.2012. A escolha de estagiar em cuidados paliativos teve a ver com o fascínio pelas áreas temáticas que foram ministradas em sala de aula e também com a necessidade de aprofundar/mobilizar conhecimentos, bem como de desenvolver competências nesta área tão específica do cuidado, tendo em mente os possíveis contributos que poderia transpor para a minha prática profissional, assim como os benefícios que pudessem acautelar a melhoria contínua em cuidados de saúde. Na atualidade, é uma área que assume cada vez mais relevo devido ao aumento da longevidade, à evolução das doenças crónicas e ao avanço tecnológico da Medicina. Neste contexto, são alvo de cuidados paliativos todas as pessoas com doenças incuráveis, progressivas ou terminais que,

demandam cuidados especializados verdadeiramente humanizados e centrados na melhor qualidade de vida possível. Assim, considere necessário desenvolver competências específicas nesta área de cuidado, aprimorando a identificação de problemas/necessidades das pessoas e suas famílias, melhorando o planeamento de cuidados a realizar, atuando no sentido de valorizar e lhes conseguir proporcionar melhor qualidade de vida. (Barbosa e Neto, 2006).

Novos paradigmas vão surgindo na sociedade, cada vez com mais necessidades de ordem social, económica e tecnológica. Neste âmbito, torna-se necessário a atualização contínua por parte das organizações de saúde para se manterem competitivas no mercado (Gonçalves, 2008). O processo de administração, deverá atender a um conjunto de políticas com ênfase para a gestão não só a nível financeiro mas também ao nível dos recursos humanos, (Campos, Borges e Portugal, 2009).

De acordo com o enunciado na carreira de enfermagem, o enfermeiro especialista é aquele que detém conhecimentos mais aprofundados, baseados na evidência numa determinada área específica, isto é, frui de *“competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*, (Alínea 3 do Artigo nº4 do Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro - Regime Jurídico do Exercício de Enfermagem).

Do ponto de vista estrutural, o relatório encontra-se organizado em quatro partes: Introdução, onde é contextualizado todo o trabalho; Capítulo I, onde é apresentada a revisão sistemática da literatura sobre a temática - «Estratégias da Comunicação com a Pessoa em Contexto de Cuidados Paliativos»; Capítulo II - análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido, onde são enunciados os objectivos geral e específicos alcançados em cada um dos estágios, bem como as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas na área de especialização em apreço; Conclusão, onde é feita uma reflexão sobre todo o percurso desenvolvido, dificuldades, conquistas e competências desenvolvidas. E, por último, as referências bibliográficas consultadas, os anexos e os apêndices que conglomeram os documentos por mim elaborados e que consolidam este Relatório.

A Metodologia utilizada neste Relatório baseou-se na análise descritiva, crítica e reflexiva *na e sobre* a prática de cuidados, na revisão da literatura através de pesquisa informática de artigos em bases de dados (*B-On, EBSCO, SAGE, Web of Knowledge, SciELO, Cochrane, LILACS, CINAHL e MEDLINE*), bem como de livros sobre os temas em estudo.

Foi seguida a «Norma de Trabalhos Escritos» adotada pelo Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

CAPÍTULO I - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: «Estratégias da Comunicação com a Pessoa em Contexto de Cuidados Paliativos»

No seu dia a dia, os enfermeiros são confrontados com questões e tomadas de decisão que requerem evidência científica atualizada no sentido de promoverem boas práticas e que ambicionam a excelência do cuidar. É neste sentido que a revisão sistemática da literatura identifica, avalia e resume os achados de diversos estudos empíricos, tornando a prática baseada na evidência mais acessível.

A questão de investigação é enquadrada em termos de população, intervenções, comparação, resultados e desenho do estudo, criando a metodologia *PICOS*, que atribui consistência a todo o trabalho (Needleman, 2002 e CRD, 2009).

A questão de investigação - «Quais as estratégias de comunicação a adotar pelos profissionais na transmissão de más notícias à pessoa em contexto de cuidados paliativos?», surgiu a partir da necessidade de aprofundar conhecimentos na área da comunicação, mais especificamente a comunicação de más notícias, competência de enfermagem que se afigura complexa e, muitas vezes difícil, exigindo conhecimento teórico bem sustentado na evidência científica.

Preocupou-me a forma como «a má notícia» é transmitida e, também, como é realizada a gestão da comunicação/relação entre o profissional e a pessoa receptora de cuidados:

- Quais as dificuldades sentidas pelos profissionais que comunicam a má notícia?
- Que aspetos são mais valorizados pelas pessoas que as recebem?
- Quais as estratégias que são utilizadas para minimizar o sofrimento e o constrangimento inerentes à própria notícia?

Neste estudo, foram considerados os seguintes termos principais: «cuidados paliativos» e «comunicação de más notícias».

Existem pilares nos quais a comunicação (verbal e não verbal) assenta: conteúdo, expressão emocional e relação emissor/receptor. Aos profissionais surge, por vezes, a ideia de proteção da pessoa, o que os leva a evitar o confronto com a dura realidade inerente à situação de doença. Esta falta de comunicação, como tentativa de poupar a pessoa e família a um sofrimento, é considerada um erro de conteúdo (Kristianson, 2001). As expressões faciais, incluídas na linguagem não verbal, estão sempre presentes em todo o processo de comunicação pelo que devem ser especialmente ponderadas. Vários autores acautelam que por um lado se deve evitar o mesmo tom de voz (comunicação monocórdica), no entanto, também demasiada euforia, podem dificultar a compreensão da mensagem a transmitir (Querido, Salazar e Neto, *in* Barbosa e Neto, 2006).

Os objetivos da boa comunicação são, segundo Twycross (2003), diminuir a incerteza, melhorar os relacionamentos e mostrar à pessoa e/ou família “um sentido, uma direção”.

Em cuidados paliativos, o processo de comunicação é debatido quando se decide informar a pessoa acerca do seu diagnóstico e prognóstico. Com o passar do tempo e o concomitante avançar da doença, surgem dúvidas relativamente a aspetos mais concretos da própria pessoa

e, o profissional deve afiançar as respostas efetivas. São temas mais comuns, causadores de ansiedade, medo e preocupação, os seguintes: diagnóstico e prognóstico, história natural da doença, controlo de sintomas, implicações da terapêutica, esperança e expectativas sobre o tratamento, planificação para o futuro, transição desde o tratamento curativo a cuidados paliativos, manobras de ressuscitação, pedidos no fim de vida (Querido, Salazar e Neto, *in* Barbosa e Neto, 2006).

A comunicação do diagnóstico muitas vezes é omitida pelo próprio médico por carência de preparação pessoal para a comunicação de más notícias o que contraria os enunciados no «Código de Ética Profissional». Na verdade, as pessoas são “(...) *muitas vezes colocadas à margem do seu diagnóstico e das opções de tratamento, inclusive sendo-lhes negado o direito de escolhas entre possibilidades terapêuticas e sua inserção em grupos de cuidados paliativos que comprovadamente proporcionam melhoria na sua qualidade de vida*” (Gomes, Silva e Mota, 2009, p.140).

Acontece, frequentemente, a família ser informada em primeiro do diagnóstico clínico e pretender esconder a verdade à própria pessoa, defendendo que dessa forma o sofrimento é acautelado – o que se designa a «conspiração do silêncio». Estas situações acontecem quando a família não consegue gerir o sofrimento, a dolorosa informação. Esta prática não valoriza o conhecimento ou a vontade da pessoa. A tomada de decisão é do médico e dos familiares, sem o consentimento da própria pessoa – «Paradigma Paternalista», (Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel, 2010). Compete aos profissionais de saúde, averiguar junto da pessoa a sua vontade em ser informada ou não, qual a verdade que deseja conhecer, respeitando sempre a sua decisão. Neste âmbito, “*as pessoas precisam da verdade durante toda a vida, não apenas no fim dela, por respeito, para poderem desenvolver sua autonomia e arbítrio. Por essa razão receber más notícias faz parte da nossa vida*” (Silva, 2012, p.52).

A comunicação de más notícias constitui parte integrante do quotidiano dos profissionais de saúde, no entanto é considerada uma das áreas mais difíceis a nível das relações interpessoais (Borges, Freitas e Gurgel, 2012). O termo «má notícia» significa qualquer informação que de forma direta ou indireta, prejudica a pessoa e família, provocando uma alteração negativa na vida destes (Lino, *et al.*, 2011). Quando se fala da comunicação de más notícias em pessoas em fim de vida, sem potencial de cura, o processo torna-se ainda mais complexo, uma vez que compreende um vasto leque de emoções e de reações da própria pessoa e/ou família, envolve a “Perceção” e a “Compreensão”. Torna-se difícil pela perturbação que gera, não só para a pessoa que a recebe mas também para o profissional que a comunica, quer pelo seu receio em enfrentar as possíveis reações, quer pela dificuldade em gerir toda a situação. Por outro lado, verifica-se também o pensamento, por parte dos profissionais de saúde, de que estas notícias são sinónimo de fracasso, difícil de aceitar numa sociedade evoluída e com meios tecnológicos avançados (Pereira, 2005).

Assim sendo, as habilidades comunicacionais dos profissionais que cuidam destas pessoas afiguram-se fundamentais, permitindo uma melhor ancoragem à dimensão emocional, tornando-os, ao mesmo tempo, mais confiantes e seguros para lidar com situações difíceis

(Araújo e Silva, 2012). Muitas vezes é a falta de aptidão para lidar com estas questões que levam a comportamentos de fuga por parte dos profissionais, causando danos irreparáveis à própria pessoa, às famílias em processo de luto e de certa forma ao não cumprimento de uma obrigação deontológica (Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel 2010). Uma comunicação eficaz torna-se uma ferramenta muito útil na aceitação da doença, reduzindo os medos e as incertezas e permitindo a cada pessoa e sua família vivenciar esta fase de fim de vida com a melhor qualidade possível (Pereira, 2005). Portanto, os benefícios desta comunicação são claros para ambas as partes, quer para os profissionais quer para as pessoas/família, sendo que a aquisição de conhecimentos e o treino em técnicas de comunicação comprovam a sua eficácia (Leal, 2003).

O principal objetivo desta Revisão Sistemática da Literatura é compreender os métodos e as técnicas para que a árdua tarefa de comunicação de más notícias seja facilitada, na pessoa em fim de vida. A questão de investigação formulada, a partir da qual se desenvolveu esta revisão é:

- “Quais as estratégias de comunicação a adotar na transmissão de más notícias na pessoa em cuidados paliativos?”.

Para a pesquisa dos estudos empíricos influentes foram selecionados os seguintes descritores: «comunicação», «más notícias», «cuidados paliativos».

As bases de dados utilizadas foram: *B-On*, *EBSCO*, *SAGE*, *SciELO*, *Cochrane*, *LILACS*, *CINAHL*, *MedicLatina* e *MEDLINE*. Foi também utilizado como complemento o motor de busca *Google Scholar*.

Os estudos empíricos são considerados nesta revisão, pelos critérios de inclusão e exclusão, descritos no Quadro 1, que se apresenta de seguida.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a palavra comunicação e/ou má notícia no título; - Ter participantes: pessoas em cuidados paliativos e/ou profissionais de saúde; - Ser um estudo empírico de paradigma dedutivo ou indutivo; - Apresentar informação ao nível dos parâmetros: Participantes (P), Intervenções (I), Resultados (O), Tipo de Estudo (S), ano, país e autor(es); - Ter sido publicado entre janeiro de 2007 e dezembro de 2012. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser uma revisão de literatura (meta-síntese/meta-análise); - Ser uma dissertação ou tese; - Referir-se a crianças.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos

O fato dos participantes pertencerem a 2 grupos distintos (pessoas doentes e profissionais de saúde) consagrou-se nos contributos que ambos os grupos alvo poderiam trazer para a prática. Considerou-se importante analisar a perspectiva das pessoas doentes e a forma como estes valorizam determinados aspetos da comunicação, bem como a perspetiva dos

profissionais de saúde que (re)conhecem estratégias e/ou imperfeição de habilidades comunicacionais na gestão e na transmissão de más notícias.

Foram identificados por título, 153 artigos relevantes para este estudo, no entanto através da leitura do *Abstract* e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram eliminados 136. Através da leitura integral, mais profunda e sistemática foi possível constatar se os artigos respondiam à pergunta de investigação, pelo que foram rejeitados 10. Assim, dos 7 selecionados foi identificado o ano, país, autor(es), participantes, intervenções, resultados e desenho de estudo, apresentando-os sintetizados na seguinte Tabela 1.

Autor(es) / Ano / País	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
Hernández e Matienzo (2009) Cuba	98 médicos dos níveis primário, secundário e terciário de saúde	De forma a identificar as habilidades na comunicação dos médicos que cuidam de pessoas com doenças neuro degenerativas e suas famílias, foi aplicado um questionário constituído por 10 perguntas, sobre aspetos da comunicação de más notícias, sendo o processamento e análise de dados através do sistema estatístico SPSS 11,5	É dever dos médicos que acompanham estas pessoas, assistir às suas necessidades físicas e psicológicas, sendo a comunicação (habilidades e técnicas) uma ferramenta essencial nesta relação, que se sustenta em atitudes como a empatia, confiança mútua, respeito pelos valores da pessoa e autonomia. As habilidades de comunicação de más notícias não tinham sido suficientemente desenvolvidas, sendo que o modelo que caracteriza a relação médico-paciente, aplicado no país, é de ativo-passivo com enfoque paternalista	Quantitativo (exploratório, descritivo e transversal)
Gomes, Silva e Mota (2008) Brasil	396 pessoas com diagnóstico comprovado de cancro, dos quais 291 mulheres e 105 homens	Para analisar a conduta dos médicos especialistas em oncologia (grupo A) e os não especialistas (grupo B) quanto à comunicação do diagnóstico de cancro, foram avaliados de forma prospetiva, 396 pessoas e suas famílias, encaminhadas de 76 médicos de ambulatório, através de entrevista	A comunicação do diagnóstico é muitas vezes omitida, sendo que é mais manifesta no grupo dos não especialistas. Este fato é justificado pela falta de preparação dos profissionais de saúde em lidarem com a morte. Verificou-se que, com o avançar da doença e a aproximação da morte, a conspiração do silêncio e as atitudes paternalistas por parte dos médicos, eram mais frequentes. Quando questionadas, as pessoas atribuem importância ao acesso à informação sobre a sua doença, possibilidades terapêuticas e efeitos colaterais da medicação	Quantitativo (descritivo e correlacional)

Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel (2010) Brasil	60 profissionais de saúde, em 3 unidades hospitalares, 2 públicas e 1 privada (20 em cada)	Para compreender a percepção que os profissionais de saúde têm sobre o fenômeno entendido como má notícia, foram colhidos dados através de entrevistas semiestruturadas com as seguintes perguntas: «Qual a pior má notícia para anunciar?; Qual a pior má notícia para receber?; Qual é o profissional mais qualificado para fazer esse tipo de anúncio e porquê?»	Este tipo de questões leva os profissionais de saúde a novas condutas, desvigorando o paradigma paternalista, havendo um consenso em respeitar a vontade da pessoa, comunicando o diagnóstico, o prognóstico e as possibilidades terapêuticas. Os profissionais reconhecem a sua falta de formação em comunicação de más notícias, entendendo a necessidade de formação, como fundamental. O maior desafio passa por aprenderem a lidar com a morte	Fenomenológico (exploratório)
Araújo e Silva (2012) Brasil	303 profissionais de saúde (41,9% enfermeiros)	Para verificar a importância e a utilização de estratégias de comunicação em cuidados paliativos, foi aplicado um questionário que pretendia perceber o conhecimento dos profissionais em estratégias de comunicação. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do <i>software SAS versão 9.1.3</i> .	A comunicação interpessoal em fim de vida é sobrevalorizada por estes profissionais, apesar de se verificar conhecimento escasso e desconhecimento de estratégias de comunicação. Em profissionais que cuidam diariamente de pessoas em fim de vida, verificou-se também «falta de formação, ou participação em atividades educacionais em cuidados paliativos» assim como «sentimentos de insegurança para lidar com as situações de sofrimento das pessoas». Tornam-se portanto obstáculos reais à qualidade dos cuidados prestados	Quantitativo (descritivo, exploratório e transversal)
Borges, Freitas e Gurgel (2012) Brasil	15 profissionais de saúde, dos quais 6 enfermeiros, 5 médicos, 2 psicólogas e 2 assistentes	Para apreender as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação de más notícias, foi usado uma análise documental (prontuário) e entrevista semiestruturada, com o auxílio do <i>software Alceste</i>	A comunicação da má notícia é dada pelo médico de forma solitária. Os profissionais apontam como maiores lacunas: a falta de comunicação na equipa e a falta de formação tanto académica como profissional na área da comunicação de más notícias o que desencadeia medo e ansiedade. Sugere-se a criação de espaço próprio, privado e confortável onde se possam acolher as pessoas e suas famílias, bem como a implementação de protocolos de comunicação de más notícias como facilitadores de comunicação	Qualitativa (exploratório)
Araújo e Silva (2007) Brasil	39 pessoas com doença oncológica sem prognóstico de cura, submetidos a quimioterapia paliativa	Para «conhecer as expectativas das pessoas em cuidados paliativos em relação à equipa de enfermagem» foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A metodologia utilizada para a análise dos dados, foi a análise de conteúdo através de 3 fases: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados	Para estas pessoas, as relações interpessoais têm grande impacto, valorizando a comunicação enquanto instrumento que suporta e sustenta o final de vida. É também valorizada a forma como é transmitida a informação (expressões, postura e atitude). Algumas estratégias de comunicação: escutar (não só ouvir, mas também permanecer em silêncio); compreender; utilizar gestos de afeto; sorrir, demonstrando aceitação; otimismo e bom humor nos cuidados	Qualitativo (exploratório e descritivo)

Bruera, <i>et al.</i> (2007) EUA	168 pessoas com idade superior a 16 anos com capacidades cognitivas plenas, com doença neoplásica avançada (com metástases) sem possibilidade de cura	Para evidenciar duas formas diferentes de transmissão de más notícias, foram apresentados 2 vídeos, que representam 2 posturas diferentes adotadas pelo médico. Numa o médico comunica as más notícias mantendo-se sentado e noutra, permanece de pé. Em ambos, a transmissão foi feita de forma empática. Foi utilizado também um questionário para avaliar o comportamento do médico	As preferências das pessoas centraram-se na comunicação em que o médico adotou a postura de sentado. Verificou-se também que, para além da postura, é dada importância às outras capacidades e comportamentos do médico durante a consulta, nomeadamente, habilidades comunicacionais mantendo o contacto visual, dizendo a verdade e tendo atenção à saudação (cumprimento e despedida)	Quantitativo
----------------------------------	---	--	--	--------------

Tabela 1 - **Artigos selecionados, segundo a metodologia PICOS**

De acordo com os estudos empíricos selecionados, considerando a sua credibilidade e relevância dos dados, verificou-se que todos correspondem a um paradigma dedutivo.

Os países com publicações selecionados sobre o tema em estudo foram Cuba, Estados Unidos da América (EUA) e Brasil.

Relativamente ao número de participantes nos estudos, variaram entre os 15 e os 396.

As informações divulgadas pelos 7 estudos empíricos selecionados demonstraram relevância para a questão de estudo formulada, uma vez que relacionam a importância da comunicação de más notícias para a pessoa em fim de vida, com as dificuldades sentidas pelos profissionais nesta área, enumerando algumas intervenções e estratégias de melhoria.

Pela análise dos artigos selecionados verificou-se o recurso a vários instrumentos, dos quais se destacam os questionários, no estudo de Hernández e Matienzo (2009) sobre aspetos da comunicação de más notícias que permitiram estudar as habilidades dos médicos que cuidam de pessoas com doenças neuro degenerativas; no estudo de Araújo e Silva (2012) que pretendia perceber o conhecimento dos profissionais de saúde em estratégias de comunicação à pessoa em cuidados paliativos e no estudo de Bruera, *et al.* (2007), para além de 2 vídeos que pretendiam evidenciar e avaliar o comportamento e a postura do médico que comunica a má notícia. Gomes, Silva e Mota (2008); Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel (2010); Araújo e Silva (2007) utilizaram como método de colheita de dados a entrevista (estruturada e semiestruturada). Borges, Freitas e Gurgel (2012) recorreram à análise documental (prontuário) e entrevista semiestruturada, com o auxílio do *software Alceste*, para apreender as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação de más notícias.

A comunicação de más notícias é uma tarefa bastante difícil para o profissional que enfrenta esta situação, assim como para a pessoa que a recebe (Pereira, 2008). O estudo de Gomes, Silva e Mota (2008) demonstra que a comunicação do diagnóstico é muitas vezes omitida, fato explicado pela falta de preparação dos profissionais de saúde em lidarem com a morte, como um processo natural. Borges, Freitas e Gurgel (2012) concluíram no seu estudo, que os profissionais de saúde apontam como maiores obstáculos para a comunicação de más notícias, não só a falta de formação (profissional e académica) como também a falta de

comunicação na equipa, uma vez que se constatou que o médico dava a má notícia «de forma solitária». Verificou-se que, com o avançar da doença e a aproximação da morte, a conspiração do silêncio e as atitudes paternalistas por parte dos médicos eram mais frequentes. Contudo, é valorizado pela pessoa o acesso à informação sobre a sua doença, possibilidades terapêuticas e efeitos colaterais da medicação. Também Hernández e Matienzo (2009); Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel (2010) concluíram nos seus estudos que as habilidades de comunicação de más notícias por parte dos profissionais não tinham sido suficientemente desenvolvidas, identificando também a falta de formação como causa.

Através de um processo de comunicação eficaz, a deteção dos problemas das pessoas torna-se mais fácil e precoce, pelo que a resposta/intervenção chega mais depressa, com um nível de aceitação e compreensão melhor por parte da pessoa, que se sente informada e compreendida. Consequentemente, o nível de ansiedade da pessoa diminui, sendo notório o melhor controlo sintomático, bem como a adesão ao tratamento (Querido, Salazar e Neto, *in* Barbosa e Neto, 2006). O papel do enfermeiro assume especial importância nesta matéria, sendo fundamental para, em conjunto com a restante equipa, identificarem problemas/necessidades, planearem e agirem de acordo com a vontade da pessoa, proporcionando-lhe os cuidados mais adequados (Pereira, 2009). Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel (2010); Araújo e Silva (2012) referem que há um consenso por parte dos profissionais de saúde em respeitar a vontade da pessoa, comunicando o diagnóstico, o prognóstico e as possibilidades terapêuticas, apesar de se verificar conhecimento escasso e desconhecimento de estratégias de comunicação, aliadas à falta de formação e/ou participação em atividades educacionais em cuidados paliativos. Assim, a transmissão de más notícias deve ser encarada como uma técnica inerente à profissão e como tal, deve ser aprendida e desenvolvida (Pereira, 2009).

Para a pessoa, as relações interpessoais têm grande impacto, valorizando a comunicação enquanto instrumento que suporta e sustenta o fim de vida. Contudo, não se trata apenas de fornecer informação mas também, a forma como é transmitida, sendo privilegiadas as expressões, as posturas e as atitudes (Araújo e Silva, 2007). Este estudo empírico enfatiza também outras estratégias de comunicação como o escutar (não só ouvir, mas também permanecer em silêncio); compreender; utilizar gestos de afeto; sorrir demonstrando aceitação; utilizar otimismo e bom humor nos cuidados, como formas de promoverem um ambiente mais leve, agradável e mais alegre, minimizando os problemas. A postura, o contacto visual, dizendo a verdade e tendo atenção à saudação (cumprimento e despedida) são outros aspetos valorizados pelos sujeitos do estudo de Bruera, *et al.* (2007) que constituem boas estratégias para a comunicação de más notícias.

Também o humor, fenómeno complexo e subjetivo, que pode ser definido como uma disposição de animo manifestada exteriormente, surge na atualidade como um componente do cuidado, essencial na relação interpessoal enfermeiro-pessoa e na promoção de bem estar, fundamental na prática de enfermagem. Acarreta portanto, contributos imprescindíveis no

cuidado de enfermagem, pois a sua utilização promove uma harmonia nas relações, facilitando o processo de comunicação e o lidar com situações difíceis (José, 2008).

Borges, Freitas e Gurgel (2012) sugerem, através do estudo sobre as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação de más notícias, a criação de um espaço próprio, privado e confortável onde se possam acolher as pessoas e as suas famílias, bem como a implementação de protocolos de comunicação de más notícias como formas facilitadoras de comunicação.

Tendo em conta a pergunta de investigação formulada para a realização desta revisão sistemática da literatura, considera-se que são várias as estratégias valorizadas pelas pessoas em cuidados paliativos, que facilitam o processo de comunicação. É certo que, a adequada comunicação de uma má notícia faculta quer à pessoa, quer à sua família a possibilidade de encararem melhor a situação de doença, de planearem e viverem melhor o fim de vida. Cada pessoa é única, bem como a situação que vive, pelo que as estratégias de comunicação devem ser adaptadas, individualizadas e humanizadas. São os pequenos gestos que tornam a comunicação eficaz, minimizando assim as piores reações à má notícia (Querido, Salazar e Neto, *in* Barbosa e Neto, 2006). No entanto, a falta de formação académica e profissional nesta área deve ser colmatada de forma a evitar sentimentos de medo, angústia e inaptidão.

Perante os critérios supramencionados verificou-se que existe ainda pouca evidência científica para a temática em estudo, nomeadamente estudos de carácter indutivo, que respondam à questão enunciada. Assim, sugere-se que se continuem a realizar estudos qualitativos para melhor se conseguir apreender as estratégias de comunicação a adotar na gestão e transmissão más notícias à pessoa em contexto de cuidados paliativos.

CAPÍTULO II – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

Neste capítulo, pretende-se analisar os vários módulos de estágio que foram concretizados. De modo crítico e reflexivo dar-se-á relevo às atividades e intervenções que foram desenvolvidas face aos objetivos planeados, o que se pretende estruturado e suportado em constructos teóricos. Irão também ser demonstradas as competências especializadas que foram sendo alcançadas ou certificadas.

1. MÓDULO I – Enfermagem em Serviço de Urgência

O estágio correspondente ao Módulo I – Serviço de Urgência foi creditado, ao abrigo do artigo 45º do DECRETO-LEI nº 74/2006, de 24 de Março, autenticando as competências que fui adquirindo e desenvolvendo no âmbito do meu exercício profissional, que se realiza há 6 anos no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta, EPE.

O Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta, EPE, (SUG) é, segundo o Despacho n.º 18 459/2006, alterado pelo Despacho n.º 727/2007, um Serviço de Urgência Polivalente, sendo «o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência». No enquadramento do Regulamento Interno do Hospital Garcia de Orta (2007), o Serviço de Urgência Geral pertence ao Departamento de Emergência, Dor e Peri-Operatório.

Estruturalmente é constituído por 2 pisos, distinguindo duas áreas de atuação específicas - ambulatório e internamento. Tem por objetivo, prestar cuidados individualizados e apropriados a todas as pessoas a que ele recorram, em situações de doença aguda/crónica e/ou agudização de doença crónica. A área do ambulatório contempla a «Triagem», a «Sala de Reanimação», os «Gabinetes de Atendimento Médico» (com as seguintes especialidades: medicina, cardiologia, gastroenterologia, psiquiatria, neurologia, cirurgia, ortopedia/traumatologia e, outras, valências cirúrgicas: urologia, neurocirurgia, cirurgia vascular), os «Gabinetes de Enfermagem», a «Sala de Pequena Cirurgia» e o «Gabinete de Informação e Acompanhamento» (GIA). A área de internamento subdivide-se em 3 unidades - a «Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico» (UIMC) com 21 camas, das quais 12 estão dotadas de equipamento para monitorização eletrocardiográfica e de parâmetros vitais; a «Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos» (UCDI) constituída por 6 camas orientadas para a pessoa com necessidade de suporte ventilatório e/ou vigilância/monitorização contínua, em fase de instabilidade hemodinâmica ou risco de desequilíbrio, provocados por doença crítica; a «Unidade Médica de Internamento de Curta Duração» (UMICD), com capacidade de internamento para 16 pessoas com patologias das especialidades de medicina. Esta unidade era anteriormente designada por Medicina IV, (recebia apenas as pessoas que se encontravam a aguardar resolução social ou reintegração na rede nacional de cuidados continuados) mas, foi beneficiada.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 90 enfermeiros. A gestão do serviço é da responsabilidade do enfermeiro chefe, 4 enfermeiros responsáveis (que trabalham em

horário fixo em colaboração com o enfermeiro chefe) e 5 enfermeiros chefes de equipa (1 por equipa que trabalham por turnos, em regime de horário rotativo).

Nas últimas décadas é crescente a importância que os profissionais detêm no seio de uma organização, assumem a adoção de estratégias que têm como metas atingir o sucesso e tornarem-se competitivos. Neste contexto, a gestão de recursos humanos tem de sensibilizar os seus elementos, para que se sintam parte integrante e proativos no atingir de resultados ao nível das organizações. A qualidade, resulta de um comportamento por parte da organização que se centra nos seus elementos e que incentiva o seu envolvimento (Kim, 2012; Maximiano, 2005).

O enfermeiro chefe, enquanto líder detém um papel extremamente importante na gestão de recursos humanos, influenciando o desempenho, o envolvimento, a realização no trabalho, a motivação, a satisfação e consequentemente a produtividade. De certa forma, a liderança pode ser entendida como o processo de influenciar o grupo, no sentido da consecução dos objetivos delineados, tendo um papel crucial para a eficácia e eficiência de qualquer organização (Carneiro, 2009). É feita pela gestão de equipas e orientada para os objetivos, seja através de adoção de regras comportamentais ou de trabalho que têm como finalidade acelerarem a aprendizagem e melhorarem a produtividade. É definida por Campos, Borges e Portugal (2009), como um conceito contemporâneo da gestão, que privilegia as relações pessoais, a negociação e a comunicação, que não contempla atitudes autoritárias. Para Curtis e O'Connell (2011), caracteriza-se pelo processo de influenciar as pessoas por forma a que façam as suas tarefas, de livre vontade e de forma entusiasta, tendo em vista o atingir dos objetivos do grupo.

Portanto, são necessárias, aos enfermeiros, qualidades e capacidades de liderança, uma vez que na sua prática diária lidam com ambientes que promovem a gestão de cuidados de saúde, de pessoas, de famílias, bem como a gestão de situações que envolvem outros profissionais (Curtis, Sheerin e Vries, 2011). Neste argumento, não só é importante o desenvolvimento de capacidades e competências técnicas e científicas de um profissional de enfermagem como também, é cada vez mais valorizado o desenvolvimento das suas competências comunicacionais, interpessoais e relacionais, considerando-as imprescindíveis para melhor gerir conflitos, resolver problemas, encarar desafios, agir de forma criativa e inovadora, no sentido de desenvolver um bom ambiente de trabalho, com elevada motivação e satisfação dos profissionais (Aguiar, Costa, Weirich e Bezerra, 2005).

Apesar de não ser chefe de equipa, exerce muitas funções ao nível da gestão de cuidados e da gestão de recursos por delegação do enfermeiro chefe de equipa. Assim sendo, assumo posições de liderança em determinados contextos da prática de cuidados, nomeadamente na «Sala de Reanimação», distinguindo a minha atuação nos seguintes contextos: cuidados à pessoa em paragem cardiorrespiratória, na qual são necessários cuidados de suporte básico/avançado de vida; abordagem da via aérea e ventilação invasiva (causa e reconhecimento da obstrução da via aérea e permeabilização da mesma); cuidados integrais à pessoa politraumatizada (avaliação inicial/avaliação secundária); cuidados à pessoa em risco

de ou em falência respiratória; avaliação e cuidados à pessoa com alterações do padrão eletrocardiográfico (disritmias peri-paragem: bradiarritmias, taquicardias de complexos largos, estreitos e estreitos irregulares; identificação de sinais de gravidade, opções terapêuticas e, conhecimento/respeito por algoritmos de atuação em vigor); cuidados à pessoa com síndrome coronário agudo (angina instável, enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST e enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST – antecipação de focos de instabilidade e sua correção; colaboração na realização de exames complementares de diagnóstico e na prática de procedimentos invasivos; preparação/administração/vigilância de terapêutica de urgência e de terapêutica de reperfusão); avaliação e cuidados à pessoa com alterações hidroeletrólíticas; cuidados à pessoa com intoxicações voluntárias (medicamentosas, por *Paraquato* e organofosforados).

A «Sala de Reanimação» é assegurada pelo enfermeiro chefe de equipa e outros 2 enfermeiros, destinados a esse posto, 1 assistente operacional e pelo menos 1 médico.

Obtive a certificação pelo Sistema Português de Triage após frequência do «Curso de Triage de Manchester», com sucesso, pelo que uma das funções que também exerço é a triagem de pessoas que recorrem ao SUG. Este sistema de triagem define as prioridades de atendimento de cada pessoa em função dos sinais e sintomas que apresenta e não por ordem de chegada. Assim, em função do quadro clínico apresentado, seleciona-se o fluxograma correspondente, preenchendo e analisando posteriormente a informação pretendida pelo sistema, o que no final determina a prioridade real (discriminador) que desta forma resulta numa cor: vermelha (emergente); laranja (muito urgente), amarela (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente).

Ao nível do internamento também exerço funções em todas as valências, sendo que a mais especializada é a UCDI, para a qual é necessária uma integração de pelo menos quatro semanas (após um período de tempo inicial, que tem em conta as características pessoais e profissionais do enfermeiro, bem como a sua prática profissional. Este tempo é definido inicialmente pelo chefe de equipa em concordância com o enfermeiro chefe do serviço). O enfermeiro responsável pelos cuidados a realizar às pessoas que se encontram internadas nesta unidade, deve demonstrar habilidades e capacidades de reagir perante situações imprevistas e complexas; deve evidenciar conhecimentos aprofundados, bem fundamentados e baseados na evidência científica; deve identificar problemas e necessidades potenciais ou reais e saber atuar em conformidade; deve desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz garantindo as boas práticas; deve ter a capacidade de tomar decisões atendendo às evidências científicas e demonstrar responsabilidade ética e social; deve exercer supervisão do trabalho dos assistentes operacionais, dos seus colegas mais novos e dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em período de estágio; deve liderar a restante equipa de enfermagem na prestação de cuidados; deve coordenar a unidade, nomeadamente ao nível da gestão de recursos humanos, recursos materiais e de equipamentos (também na verificação/reposição de estupefacientes, assim como na manutenção, higienização, arrumação e bom funcionamento do carro de urgência).

Até à data, fui responsável pela integração de um novo profissional de enfermagem no SUG e, também pela orientação, supervisão e avaliação de estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, facilitando-lhes a aquisição e construção de um conjunto de competências, que lhes permitam tornarem-se profissionais autónomos e responsáveis. Ao orientador é exigido reconhecer e estar atento às necessidades formativas, motivações e capacidades do estudante, de forma a adequar a sua intervenção (Simões, Alarcão e Costa, 2008). É importante o desenvolvimento de competências segundo uma perspetiva de enfermagem avançada, que segundo Meleis (1997) esta é uma ciência humana e disciplina orientada para a prática. Segundo Kérouac, *et. al.* (2007) os conceitos principais que emergem de várias teóricas de enfermagem, e que a partir dos quais é possível evoluir no conhecimento da disciplina, são saúde, pessoa, ambiente e cuidado. As diferentes formas de poder relacionar estes conceitos determinam os modelos conceptuais para a profissão, que posteriormente contribuem para delinear linhas orientadoras na formação, investigação, prestação de cuidados ou gestão de cuidados de enfermagem (Kérouac, *et. al.*, 2007 e Meleis, 1997).

De acordo com Kershaw e Salvage (1988) e Diógenes e Pagliuca (2003) os bons modelos de enfermagem têm que ser representações da realidade da prática, vivida diariamente pelos enfermeiros, pessoas e suas famílias e que as variações existentes entre os diferentes modelos sejam justificadas pelas diferentes experiências, perspetivas, valores e paradigmas que, vistos de determinado prisma, vão ao encontro de uma esfera particular da enfermagem. Segundo Meleis (1997) a existência de diferentes teorias de enfermagem reflete as realidades, contextos socioculturais e ambientes predominantes nas épocas em que foram concebidas pelas suas teóricas, e podem ser agrupadas e analisadas consoante diferentes dimensões, das quais se destacam as Escolas de Pensamento.

Pretende-se que o ensino de enfermagem seja facilitador, não só de aquisição de conhecimentos científicos e desenvolvimento de técnicas, práticas e atitudes intrínsecas à profissão, mas também de competências e discernimento ético (Rocha, 2003).

Foi com enorme prazer e satisfação que participei na formação em serviço como formadora, abordando a área dos cuidados paliativos, tendo em consideração a minha experiência de estágio e investimento científico (Apêndice I). Esta área é considerada pela chefia do SUG uma necessidade de formação dos profissionais de saúde em contexto de urgência, dado o aumento da recorrência à urgência de pessoas que carecem de cuidados/ações paliativas. A sessão de formação foi dirigida para enfermeiros do SUG, sendo que os objetivos passavam por sensibilizar os mesmos para a área dos cuidados paliativos; definir cuidados paliativos, objetivos em cuidados paliativos e seus pilares/princípios fundamentais; apresentar alguns sintomas (mais comuns, na pessoa em situação terminal) e algumas intervenções/ações de enfermagem que podem ser realizadas com o “objetivo” de minimizar o sofrimento e aumentar a qualidade de vida. No final da apresentação foi comunicado pelos participantes, as carências de formação nesta área e por vezes a insegurança em lidar com pessoas em situação terminal. Foi sugerido pelos mesmos, dar

continuidade a esta matéria, apresentando aprofundadamente mais temas, no sentido de ir ao encontro das suas necessidades formativas, como por exemplo: Gestão da dor oncológica; Agonia e *Delirium*; Atitudes terapêuticas e não terapêuticas para os sintomas de dispneia, náuseas e vômitos, anorexia/caquexia, ansiedade/depressão.

De uma forma global, estes anos de exercício profissional, cuidando diariamente de pessoas em situação de urgência ou emergência, muitas vezes em situação crítica, têm-me proporcionado o desenvolvimento de muitas competências na área de especialidade do curso em apreço. Distingo o meu aperfeiçoamento nas seguintes matérias: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão dos cuidados de saúde; melhoria contínua da qualidade; formação e investigação em enfermagem; gestão, liderança e supervisão de cuidados.

2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

A experiência que detive ao realizar o estágio na UCIP 1 do Hospital de São José, revelou-se extremamente importante, superando as expectativas que inicialmente tinha edificado. Nesta unidade de cuidados intensivos/intermédios, muitas das pessoas que são admitidas encontram-se em situação crítica, com falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. Necessitam de monitorização/vigilância contínua, cuidados imediatos e diferenciados que possibilitem a (r)estabilização hemodinâmica, a recuperação de focos de instabilidade, a prevenção de potenciais riscos/complicações, sendo que as patologias mais frequentes são do foro médico, cirúrgico e traumatológico.

A UCIP 1 do Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, articula-se com todos os serviços do hospital, entre eles a urgência, os blocos operatórios, outras unidades (UUM; UCV; UVM; UCINC), serviços de medicina e de cirurgia. Estruturalmente a UCIP 1 tem capacidade para admitir 12 pessoas, distribuídas por 3 salas (4 camas por sala), sendo que a sala 1 e 2 são destinadas a cuidados intensivos (nível III) e a sala 3 é destinada a cuidados intermédios (nível I). Dada a sua polivalência, abrange várias áreas de especialidade obrigando a uma interdisciplinaridade entre elas.

A distribuição dos enfermeiros pelas salas é da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa e o rácio enfermeiro-doente é de 1-2 em cuidados intensivos e 1-4 em cuidados intermédios. O método de trabalho utilizado é por enfermeiro responsável.

Alguma preocupação e receio do desconhecido foram sentimentos que experimentei no início de estágio, não só pela pouca experiência profissional nesta área tão especializada, como também pelo difícil papel de voltar a ser estudante, sob alvo constante de avaliação. A vontade de fazer o meu melhor, a motivação constante, o otimismo e o compromisso ajudaram-me a ultrapassar os momentos menos fáceis e a transformar as dificuldades em desafios. De salientar que todos os contributos teóricos lecionados se revelaram essenciais, no entanto senti a necessidade de realizar pesquisa contínua, estudo assíduo e análise crítico-reflexiva

constante, para conseguir dar resposta eficaz e de qualidade às situações que foram surgindo a cada momento.

Deparei-me com um serviço eficaz e de qualidade, quer ao nível da gestão dos cuidados, quer ao nível da gestão de recursos. Cada elemento da equipa multiprofissional acolheu-me muito bem desde o primeiro dia. Fui muito bem recebida pela enfermeira orientadora, que teve um papel importantíssimo no processo de ensino/aprendizagem, partilhando os seus conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, o que me possibilitou a mobilização de conhecimentos teóricos para uma prática bem fundamentada e responsável.

Neste estágio propus-me adquirir/aprofundar conhecimentos e práticas na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais centrada na pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de cuidados intensivos, maximizando a minha intervenção nos cuidados a realizar à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Com base no Guia de Estágio, no qual são explícitos os objetivos gerais e específicos propostos pelo plano de estudos do curso que pretendem nortear de uma forma global as competências a desenvolver, foi delineado o seguinte **objetivo geral**:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais de enfermeira especialista à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de cuidados intensivos.

O ser humano distingue-se pela sua capacidade de comunicar através da linguagem, comunicação essa que envolve uma intenção e interação. Porém, a comunicação não é apenas linguagem, é tudo o que fazemos quando estamos em contacto com o outro, pois mesmo que estejamos em silêncio estamos a comunicar. É impossível não comunicar (Fernandes, 2000).

A comunicação é parte integrante de toda a nossa prestação de cuidados, enquanto enfermeiros. Assim sendo, tem uma importância extrema, mesmo quando não nos apercebemos que ela está presente. O ser humano é um ser linguístico, relacional, social e, consequentemente, é um ser comunicativo. O processo de comunicação transmite-se de forma consciente ou inconsciente, através do comportamento verbal e não verbal, que permite a detenção e compreensão daquilo que o outro quer transmitir. Comunicar é um processo dinâmico, que permite partilhar informação, demonstrar competências ou provar uma determinada atitude. É através da comunicação que compreendemos as intenções, sentimentos e opiniões dos outros (Phaneuf, 2005).

Pela importância que a comunicação tem em todas as áreas de cuidados, foi escolhida esta área temática, central a todos os módulos de Estágio, sendo alvo de Revisão Sistemática da Literatura. Os enfermeiros constituem o grupo profissional, dentro da equipe de saúde, que permanecem mais tempo com o doente, o que os leva a uma melhor compreensão sobre necessidades particulares de cada pessoa. É um fato que uma boa comunicação ajuda a melhorar a situação de doença sendo um auxiliar na recuperação (Lourenço, 2006).

Contudo, atendendo à realidade da UCIP 1, onde vários trabalhos já tinham sido desenvolvidos na área da comunicação, não foi projetado por mim, em concordância com a enfermeira orientadora, a realização de objetivos específicos relacionado com a mesma. No

entanto, no sentido de desenvolver e aprimorar as minhas competências na comunicação realizei algumas atividades que me proporcionaram mais e melhores competências nesta área nobre da enfermagem e que passo a apresentar:

- Desenvolvi competências comunicacionais, nomeadamente a compreensão empática, a aceitação incondicional, a autenticidade e o respeito por cada pessoa a meu cuidado, importantes no processo de comunicação (Carl Rogers *in* Estevens, 2003);
- Apliquei técnicas de comunicação adequadas: harmonia entre a comunicação verbal e a não verbal; verbalizar interesse pelo que a pessoa está a transmitir; permanecer em silêncio quando a pessoa está a falar não interrompendo; clarificar e validar as mensagens recebidas (Mourão, *et al.*, 2009);
- Desenvolvi estratégias de comunicação não verbal: expressões faciais, gestos, disposição de objetos no ambiente, de acordo com Mourão, *et al.* (2009);
- Utilizei linguagem adequada a cada pessoa, (simples, clara e objetiva);
- Valorizei experiências anteriores da família (que influenciam a forma como integram a informação);
- Desenvolvi a capacidade de antecipar necessidades de esclarecimento, de dúvidas, questões e ensino das famílias (antes da sua solicitação);
- Desenvolvi os processos de escuta atenta, sendo este, segundo Lazure (1994) um procedimento exigente que obriga a um grande empenho;
- Apoiei a pessoa e família nos momentos de revelação dos diagnóstico e/ou prognóstico, com o intuito de evitar não só sentimentos de abandono, como também para que pudessem expressar sentimentos, pensamentos, dúvidas e receios (Silva, 2005);
- Respeitei o quadro de valores ético e deontológico da profissão.

O Enfermeiro Especialista, para além das competências que lhe reconhecem a diferenciação na sua área de especialização, deve cumprir todas as competências intrínsecas ao enfermeiro de cuidados gerais, nomeadamente no que diz respeito ao saber-saber, ao saber-fazer e ao saber-ser. Assim, e nesta linha de pensamento, o primeiro objetivo específico por mim definido foi:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de cuidados intensivos.

Para dar resposta ao objetivo foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- ✓ **1) Compreende a dinâmica de funcionamento da unidade; colabora no planeamento dos cuidados de enfermagem de acordo com os problemas identificados e presta cuidados globais, promovendo a segurança da pessoa.**

Esta atividade foi desenvolvida através de entrevistas não estruturadas com a orientadora e com a restante equipe multidisciplinar. A observação do comportamento dos diferentes profissionais também foi um método de recolha de informação. Achei pertinente consultar as seguintes normas de procedimento existentes no serviço, de forma a agir em conformidade,

considerando a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados:

- *Identificação do doente* (no sentido de uniformizar procedimentos na identificação das pessoas, com o objetivo de aumentar a segurança na prestação de cuidados);
- *Prevenção e Monitorização das Quedas em Ambiente Hospitalar* (com o objetivo de definir normas de atuação para a prevenção e monitorização de quedas de pessoas);
- *Avaliação da dor enquanto 5º sinal vital* (com o objetivo de uniformizar práticas de cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor);
- *Cateter Venoso Central* (objetivo de uniformizar práticas relativamente à preparação do material para colocação, manutenção e remoção do cateter venoso central, prevenindo a incidência de infeção por bacteriémia);
- *Cateter Arterial* (objetivo passa por uniformizar práticas de cuidados na preparação do material para a colocação, manutenção e remoção do cateter arterial, reduzindo assim as complicações infecciosas relacionadas com o seu uso);
- *Cateter de Hemodiálise* (intuito de uniformizar práticas de cuidados na preparação do material para colocação, manutenção e remoção, reduzindo assim as complicações infecciosas e garantir a sua permeabilidade e eficácia);
- *Prevenção da Infeção relacionada com Cateter Urinário no Adulto* (uniformizar os cuidados à pessoa com cateter urinário com o objetivo de prevenir as infeções urinárias relacionadas com este tipo de cateteres);
- *Precauções de Isolamento baseadas nas vias de transmissão* (prevenir a disseminação de agentes infecciosos e/ou infeções nas áreas de prestação de cuidados);
- *Nutrição Entérica e Avaliação do Resíduo Gástrico* (uniformizar práticas de enfermagem, assegurando o suporte nutricional e minimizando os potenciais riscos);
- *Nutrição Parentérica* (uniformizar os procedimentos de enfermagem na preparação para administração de alimentação parentérica e manter o bom estado nutricional da pessoa);
- *Drenagem Torácica* (objetivo de uniformizar práticas de cuidados de enfermagem na colocação, manutenção e remoção de drenagens torácicas);
- *Atuação no Tratamento das Úlceras por Pressão* (objetivo passa por uniformizar procedimentos no tratamento das úlceras por pressão. Nesta norma está incluída a classificação internacional das úlceras por pressão, respetivo tratamento e caracterização do material de pensos);
- *Mudança dos circuitos internos e externos dos ventiladores*;
- *Técnica de Substituição Renal com Monitor Prismaflex 2.0* (uniformizar os seguintes procedimentos: preparação do monitor *Prismaflex*; preenchimento do circuito extracorporal (*priming*); início do tratamento de terapia contínua de substituição renal ou plasmaferese; cuidados a ter durante e no fim do tratamento);
- *Falecimento de Doentes* (definir as ações a desenvolver na situação de falecimento de uma pessoa);
- *Doação de órgãos e tecidos* (descrever o processo de doação de órgãos e tecidos nos

seus diferentes níveis, nos dadores em morte cerebral, em coração parado e dadores vivos).

Os cuidados globais passam por:

- Prestação dos cuidados de higiene e conforto (no turno da manhã e sempre que necessário);

- Vigilância/monitorização contínua e registo horário na folha de «Registos de Enfermagem» dos parâmetros vitais: Frequência Cardíaca; Frequência Respiratória; Pressão Arterial; Saturação de Oxigénio periférica; Débito Urinário; Pressão Venosa Central (pelo menos 1 vez por turno); Temperatura corporal (pelo menos 1 vez por turno); Escala de Comas de Glasgow (caso se trate da pessoa com patologia neurocrítica ou neurológica); Dor (monitorização contínua e avaliação sistemática), Ph urinário, no caso da pessoa que tenha perfusão de Bicarbonato de Sódio (1 vez por turno). Na mesma folha devem estar registados em espaço próprio a terapêutica em perfusão endovenosa contínua (analgésicos, sedativos, diuréticos, terapêutica vasoativa), indicando a dose e o ritmo perfusional prescrito. A data de mudança de sistemas, algália, «URIMITER» e sonda gástrica, bem como as datas de avaliação da Escala de Braden (turno da manhã) e Escala de Morse (pessoa em cuidados intermédios ou, no caso de ter realizado levante nos cuidados intensivos). Esta folha, fica completa com os registos de enfermagem descritivos e cronológicos;

Os registos de enfermagem interferem diretamente na qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que o rigor na sua elaboração é essencial, pois permitem que os cuidados a cada pessoa sejam individualizados e contínuos. É através dos registos de enfermagem que os enfermeiros afixam a sua autonomia, dão visibilidade ao que produzem e atribuem fundamento científico à enfermagem (Pinho, 1997). Já Florence Nightingale atribuía enorme importância aos registos de enfermagem, criticando a falta de informação e invocando a que se registasse dados essenciais sobre as pessoas, a sua evolução e os resultados esperados (Dias, *et al.*, 2001).

- Cumprir os balanços hídricos parciais (nos turnos da manhã, tarde e noite) e totais (no turno da noite);

- Deixar continuidade aos cuidados através de relatos orais na passagem de turno. Esta atividade torna-se importante pois, segundo Portal e Magalhães (2008) é o momento através do qual os enfermeiros do turno seguinte podem ter uma visão global do serviço e obter uma sistematização da informação atualizada acerca de cada pessoa, imprescindível para a continuidade dos cuidados a prestar.

- Administrar e supervisionar a alimentação oral. Administrar a alimentação entérica e alimentação parentérica total de acordo com as normas de procedimento em vigor.

A terapia nutricional em cuidados intensivos é fundamental pois interfere diretamente com a evolução clínica, melhorando o prognóstico de algumas pessoas em situação crítica. É importante instituir suporte nutricional o mais rapidamente possível, com o objetivo de estabilizar a pessoa hemodinamicamente, preservar a barreira da mucosa intestinal, evitar os efeitos da catabólise, minimizar os efeitos dos imunossupressores da desnutrição e evitar

colonizações no intestino (Lin e Cohen, 2005; Griffiths e Bogers, 2005; Maicá e Scheweigert, 2008; Kurihayashi, Caruso e Soriano, 2009).

- Preparei a gaveta de medicação de cada pessoa, para as 24 horas seguintes;
- Na pessoa a realizar hemofiltração venovenosa contínua com anticoagulação com citrato, com reposição de cálcio, avalei o valor do cálcio através de gasimetrias e sempre que verifiquei alguma alteração neurológica e/ou hemodinâmica, que o justificasse;
- Procedi à alteração de decúbitos e mobilização da pessoa dependente para as atividades de vida, várias vezes durante o turno, de acordo com as suas necessidades individuais, massajando-a com creme hidratante e registando sempre o decúbito em que ficava posicionada.

A prevenção das UPP tem sido considerada um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que são consideradas eventos adversos que decorrem durante a hospitalização e que espelham a qualidade dos cuidados prestados (Sousa, Santos e Silva, 2006). Têm sido utilizadas ferramentas, essencialmente por enfermeiros, que coadjuvam no reconhecimento de doentes em risco. Existem várias escalas a nível mundial, no entanto a escala de Braden é considerada a mais eficaz e a mais adoptada também em Portugal (Pancorbo-Hidalgo, 2006). Na UCIP 1 é realizada a avaliação da Escala de Braden (informaticamente) associada a um questionário relativamente à «condição de pele» e um «plano de atuação de prevenção das UPP» adequada a cada pessoa, que considera os seguintes aspetos: perceção sensorial, mobilidade e atividade; humidade da pele; nutrição; fricção e forças de deslizamento.

- Colaborei com a equipa médica na execução de procedimentos/técnicas invasivas, tais como: colocação de cateter venoso central, linha arterial, cateter de diálise, cateter *PICCO*, drenos pleurais, drenagens torácicas, traqueostomias; transporte da pessoa crítica intra hospitalar;

A *European Organization for Quality* (2010) caracteriza a qualidade como a soma dos aspetos diferenciados de um produto e/ou serviço que estabelecem a sua capacidade para satisfazer uma determinada necessidade.

A área da saúde, pelo seu grau elevado de complexidade, detém o risco como inerente à atividade, o que obriga a medições constantes e variadas, através de indicadores (Tronchin, *et al.*, 2006). Neste sentido, a avaliação da qualidade pode ser efetivada através da aplicação de indicadores que têm como objetivo medir o desempenho atual de componentes de estrutura, de processo ou de resultado, comparando-os com padrões desejados (OMS, 2004). Um serviço de saúde com qualidade é portanto, aquele que conjuga os seus recursos de forma efetiva como respostas às necessidades sentidas, com segurança, sem desperdício, valorizando e respeitando os direitos humanos (França, 2006).

É da responsabilidade do enfermeiro, zelar pela segurança da pessoa hospitalizada, com o intuito de prevenir eventos adversos e indesejáveis, como sendo as quedas (Decesaro e Padilha 2001).

A Ordem dos Enfermeiros (2006, p.2), na tomada de posição acerca da Segurança do Cliente, de acordo com o *International Council of Nurses*, a *International Pharmaceutical Federation* (FIP) e o *World Medical Association* (WMA) coloca a segurança como “*prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, realizadas em benefício das pessoas mas numa combinação complexa de processos, tecnologia e interações humanas*”. Nesta tomada de posição é enfatizada a segurança como essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem e são definidas medidas para o desenvolvimento da mesma:

- “*as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infeção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos e a manutenção de um ambiente de cuidados seguro)*;
- *um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir [objectivo da mudança]*;
- *os cuidados prestados às pessoas requerem segurança - e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco*”.

A National Patient Safety Agency (2007) comunicam que as quedas implicam custos financeiros e humanos, que podem ser causadores de sofrimento, perda de autonomia, levando mesmo à morte. Estes acontecimentos levam a que a pessoa permaneça durante um maior período de tempo hospitalizada com todas as implicações que acarretam. Assim, e dada a importância da prevenção das quedas como estratégia nas políticas de qualidade dos hospitais esta é considerada um indicador de qualidade, adotada por diversos organismos internacionais como a OMS (Santos, *et al.*, 2007). O indicador incidência de quedas pretende analisar as variações geográficas na distribuição da incidência das quedas, reconhecendo áreas e grupos de maior risco para a sua ocorrência, também com o objetivo de nortear medidas de intervenção (Moura, *et al.*, 2009). Entre outras, a escala de Morse é a mais usada, não só porque constitui um dos poucos instrumentos de avaliação disponível para o uso em casos agudos, como também pela excelente construção de validade e sensibilidade que apresenta (Barnett, *et al.*, 2002). Contudo, dado o envelhecimento da população, a escassez de enfermeiros e o maior envolvimento das pessoas doentes no processo de cuidar, torna qualquer procedimento de benfeitoria num desafio, sendo o sucesso investir em estratégias de prevenção (Hendrich, 2006).

Almeida, Abreu e Mendes (2010) no seu estudo sobre quedas em doentes hospitalizados, concluíram que a queda é um fenómeno multifatorial de grande complexidade que no entanto em Portugal necessita de ser alvo de mais estudos e investigação de forma a construir uma prática baseada na evidencia científica. A formação é também considerada instrumento de promoção e consolidação de um ambiente seguro, pelo que é necessária, atribuindo uma responsabilização profissional necessária para a melhoria continua dos cuidados.

Na UCIP 1, no sentido de promover as boas práticas, assegurando a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados de enfermagem realiza-se:

- Prevenção e monitorização de quedas, através da «Escala de Morse»;
- Monitorização do risco de úlceras de pressão, através da «Escala de Braden»;
- Transporte da pessoa crítica, através da norma de procedimento, «Transporte da pessoa crítica», da qual faz parte o acompanhamento de enfermagem e do preenchimento da *checklist*;
- Preenchimento da «Lista de Verificação de Enfermagem» que consiste numa *checklist* cujos parâmetros devem ser assegurados pelo enfermeiro responsável pelo doente em cada turno.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de âmbito universal e um dos maiores riscos nas pessoas hospitalizadas, aumentando assim a morbilidade, mortalidade, duração do internamento e aumento dos custos inerentes ao tratamento. As IACS têm particular risco para as pessoas que necessitam de cuidados intensivos, *“(...) contribuindo para este problema o aumento da resistência antimicrobiana, a tecnologia médica invasiva, o desenvolvimento de procedimentos cada vez mais complexos, que põem os doentes em risco para infeções associadas a procedimentos e dispositivos, assim como a crescente população de doentes idosos e imunocomprometidos”* (Dias, 2010, p.47).

A prevenção das IACS surge como uma preocupação crescente, no que respeita à melhoria da qualidade e segurança nos cuidados de saúde, tendo nos últimos anos vindo a ser desenvolvidas e implementadas recomendações, programas de controlo de infeção apelando às boas práticas. São pontos fundamentais:

- Higiene das mãos: medida de maior impacto na redução das IACS. A importância da higiene das mãos foi incluída nas iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2004, sobre a segurança da pessoa, tendo Portugal aderido a vários programas. O desafio lançado pela OMS intitula-se *«Clean Care is Safer Care»*, que entre outras ações preconiza a higiene das mãos destacando os 5 momentos para a mesma (antes do contacto com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos ou limpos, após o risco de exposição a fluidos corporais, após o contacto com o paciente e após o contacto com as áreas próximas ao paciente). A utilização da solução antisséptica de base alcoólica (SABA) também tem vindo a ser encorajada (WHO, 2012);
- Minimizar a disseminação de microrganismos: utilização adequada de equipamento de proteção individual (luvas, bata/avental, máscaras e protetores oculares) de acordo com a avaliação do risco de transmissão de microrganismos para a pessoa e o risco de contaminação da pele, mucosas e vestuário dos profissionais, pelo sangue, fluídos corporais, secreções e excreções da pessoa. Os cuidados específicos com o ambiente são imprescindíveis na prevenção da transmissão de agentes infecciosos;
- Prevenir a infeção associada a procedimentos invasivos: têm sido divulgadas várias recomendações com estratégias de implementação de práticas, relativamente aos procedimentos invasivos, encorajando a adesão às boas práticas, baseada na evidência

científica, com o objetivo de reduzir a incidência de infeção. Existem dispositivos especiais, que têm vindo a ser desenvolvidos, com o objetivo de reduzir a infeção associada ao seu uso, como os cateteres impregnados de antimicrobianos e tubos traqueais com aspiração subglótica. No entanto, o seu uso é apenas recomendado quando existe “(...) *incapacidade de reduzir a taxa de infeção após implementação das outras medidas de prevenção ou em contextos específicos de risco acrescido*” (Dias, 2010, p.50);

- Minimizar a multirresistência: através do uso racional de antibióticos. As estratégias de optimização de antibioterapia têm uma importância significativa. “*Além da limitação da duração de antibioterapia, é necessário investir na avaliação diagnóstica e da gravidade, e quando indicado o seu uso, optimização da prescrição com o objetivo de melhorar os resultados e diminuir a resistência*” (Dias, 2010, p.51);

- Vigilância e implementação de medidas de prevenção das IACS: a vigilância é feita através da monitorização da taxa de infeção associada aos procedimentos invasivos, multirresistência e o consumo de antimicrobianos. Consiste na recolha e tratamento dos dados no sentido de conhecer a evolução da situação, prevenindo problemas, com o intuito de estabelecer estratégias atempadas. Para isso é necessário envolver todos os profissionais e as estratégias devem ser objetivas, com medidas simples e dirigidas aos problemas (Dias, 2010).

Na UCIP 1 realiza-se a vigilância epidemiológica da infeção de cateter venoso central, através do preenchimento da ficha de procedimento de cateter venoso central. Da mesma consta:

- Data de admissão hospitalar, data de admissão na UCIP 1, data de inserção do cateter e data de alta;
- Tipo de cateter, número de lúmens e número de punções da pele;
- Motivo da inserção (eletivo, emergente, nova indicação ou substituição);
- *Bundle* para o CVC (higiene das mãos, barreiras de proteção máxima, antissepsia da pele com clorhexidina 2%, correta seleção do local de inserção e avaliação diária da necessidade de cateter;
- *Checklist* do procedimento (antes, durante e após);
- Avaliação diária em todos os turnos (confirmação da necessidade de CVC, descontaminação das conexões com álcool, higiene das mãos, realização do penso com técnica asséptica e antissepsia do penso com clorhexidina 2%).

Iniciativas como o *MoniQuOr* para os centros de saúde, o *King's Fund* e *Joint Commission* para hospitais, deram um excelente contributo para a melhoria da qualidade em saúde (Oliveira, 2008). O King's Found, atualmente designado por *Health Quality Service*, é uma organização que visa, a nível internacional, acreditar hospitais e outras instituições de saúde através de programas definidos, que visam monitorizar determinados aspetos, principalmente estruturais e processuais (CHKS, 2009). A acreditação é definida por Mezomo (2001) como um processo formal de avaliação externa dos cuidados de saúde com o desígnio de melhorar a

qualidade dos cuidados prestados à pessoa, de garantir um ambiente seguro, minimizando os riscos, alcançando uma elevada qualidade.

O processo de acreditação do CHKS em que o hospital está envolvido, entre outros aspetos, obriga a verificação dos carros de emergência nas áreas em ressuscitação/reanimação designadas para o efeito. O serviço UCIP 1 dispõe de 3 carros de reanimação distribuídos pelas 3 salas, que são sujeitos a verificações diárias e mensais. A verificação diária é realizada no turno da manhã, por um elemento de cada sala, de acordo com a norma de procedimento sectorial para o efeito e mensalmente (na primeira terça-feira do mês, sala 1 e 2, e primeira quarta-feira do mês na sala 3).

Sandroni, *et al.* (2007) referem que o sucesso de reanimação de uma pessoa em PCR está relacionado com muitos fatores como: a idade, comorbilidades, diagnóstico, desfibrilhação precoce, profissionais, material (que deve estar sempre disponível e de fácil acesso), local de cuidados pós-PCR.

A carga de trabalho de enfermagem é avaliada com base no TISS 28, o qual deve ser preenchido no turno da noite, relativamente aos cuidados e procedimentos efetuados nas últimas 24 horas. Este sistema surgiu devido aos elevados custos que as unidades de cuidados intensivos representam para os hospitais, sendo necessário avaliar a relação custo benefício executados nestes locais. Assim, emergiu a necessidade de desenvolver indicadores de gravidade, de forma a conseguir estratificar as pessoas por gravidade de doença. Desta forma é possível classificá-las quanto às necessidades de cuidados de enfermagem prestados. Estes indicadores de cuidados, tornam-se instrumentos úteis de gestão de recursos humanos, permitindo adaptar o número de enfermeiros disponíveis às necessidades de cada doente, promovendo dotações seguras (Duarte, 2011).

✓ **2) Realiza a colheita de dados, incluindo aspetos fisiológicos, biológicos e psicossociais, respeitando a privacidade da pessoa, validando sempre o seu consentimento e envolvendo-a sempre que possível.**

O enfermeiro responsável pela admissão de uma pessoa, tem a tarefa de preparar e verificar a unidade, de acordo com a instrução de trabalho «Preparação das Unidades dos Doentes». Se a pessoa estiver consciente, deve ser-lhe apresentada a unidade e o funcionamento básico da mesma, assim como a apresentação à equipa multidisciplinar. De seguida a unidade deve ser identificada com o nome da pessoa, assim como todas as folhas de registos e deve ser confirmada a existência ou colocada a pulseira de identificação.

Documenta-se o motivo de internamento, o estado de consciência da pessoa, descreve-se o padrão respiratório e hemodinâmico; a medicação realizada em ambulatório; os antecedentes pessoais; técnicas/exames complementares de diagnóstico efetuados. Monitoriza-se a pessoa, institui-se terapêutica, efetua-se a mudança dos sistemas de soros e de perfusões. Constitui também uma rotina a colheita de 3 zaragatoas (perineal, axilar e nasal) para exame bacteriológico (no caso de pessoas provenientes de outros serviços ou instituições, com

internamento prolongado). Colabora-se com o médico na realização de procedimentos técnicos: colocação de cateter venoso central, de linha arterial, cateter de diálise, cateter PICCO, drenos pleurais, drenagens torácicas, etc.

É preenchida uma «Folha de Rosto», da qual consta nome e idade da pessoa, alergias conhecidas, nome e contato de família/pessoa significativa, antecedentes pessoais, medicação habitual e um breve resumo do motivo de internamento. É realizado o acolhimento da visita, à qual é entregue o «Guia da UCIP 1» onde constam algumas orientações consideradas importantes relativamente ao horário de visita (dois períodos: 14h30 às 15h30 e das 18h00 às 20h00). É mencionado que apenas pode permanecer 1 visita junto da pessoa e que esta restrição de visitas/horário se deve ao fato de se tratar de pessoas em situação crítica que necessitam de repouso e silêncio, sendo também uma medida de controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

Achei importante nesta atividade considerar a individualidade da pessoa. Tentei, sempre que possível e de acordo com o seu estado de consciência, perguntar o nome pelo qual gosta de ser tratada e passar a tratá-la por esse nome. Estive presente na sala no período da visita para perceber se a pessoa recebe ou não visitas e a forma como se relacionam, prestar as informações aos familiares e estabelecer gradualmente relação com a família e/ou pessoa significativa. No exercício das suas funções, preconiza-se que os enfermeiros adotem uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos interesses e direitos legalmente protegidos pelos cidadãos (artigo 8º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (artigo 12º do REPE), os enfermeiros são obrigados a esclarecer a pessoa e os seus familiares, sempre que estes o solicitem, sobre os cuidados que lhes prestam.

Uma família que tenha um dos seus membros numa unidade de cuidados intensivos, fica em crise estrutural, em sofrimento. Nesta consciência, demonstrei disponibilidade em esclarecer dúvidas, clarificar conceitos e em prestar apoio em 90% das famílias e/ou pessoa significativa presente. Tentei estar sempre presente no horário de visita. Só pelo simples fato da pessoa se encontrar internada numa unidade de cuidados intensivos, já contém uma conotação negativa, pesada, normalmente associada a uma situação muito grave. A panóplia de equipamentos na unidade, juntamente com os fios e alarmes, são suscetíveis de causar preocupação na família. O papel do enfermeiro torna-se fundamental.

A qualidade dos cuidados prestados a nível hospitalar passa por oferecer cuidados livre de riscos e danos para a pessoa (Nascimento, *et al.*, 2008). De acordo com a ISO 8402 qualidade em saúde é a *“totalidade das características de uma entidade (produto ou serviço) que têm influência na sua capacidade de satisfazer necessidades declaradas ou implícitas”* sendo também o *“modo como os Serviços de Saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados”* (JCAHO, in Batalden e Stoltz, 1993).

A qualidade em Saúde pode ser abordada segundo 3 perspetivas diferentes: da estrutura

(infraestruturas, recursos materiais/humanos e organização); do processo (inclui todos os procedimentos de natureza clínica e social que têm a ver com o doente); dos resultados (refletem o impacto que as condições e os processos têm na vida dos doentes – a cura, a reabilitação, as sequelas, a *(in)*satisfação e a morte), (Delgado, 2009).

Ao longo dos últimos anos, notou-se uma grande evolução da Enfermagem enquanto ciência e profissão, sendo reconhecida como tal, com consequente melhoria da qualidade dos cuidados. Em Portugal, os enfermeiros convocam a dimensão técnico-intelectual na prática dos cuidados que parte de uma formação superior, com enquadramento jurídico, ético e científico, regulada pelo próprio grupo profissional (Amendoeira, 2005). Assim, considera-se a autonomia diretamente ligada à Enfermagem, uma vez que estes profissionais utilizam no seu quotidiano conhecimento, habilidades e competências para a tomada de decisões e resolução de problemas/situações no seu campo de atuação (Jesus e Said, 2008). Contudo, o papel autónomo do enfermeiro tem sido alvo de conflagrações no seio das equipas de saúde (Gomes e Oliveira, 2004). O campo autónomo dos enfermeiros para Amendoeira (1999) não pode ser definido por oposição ao que é interdependente ou autónomo para outros profissionais, mas por aquilo que o enfermeiro pode e sabe realizar. O exercício profissional de enfermagem concentra-se na relação interpessoal enfermeiro-pessoa ou enfermeiro-grupo (família ou comunidade), (Martins e Dias, 2010).

A humanização tem sido bastante estudada no âmbito da saúde com o objetivo de proporcionar um tratamento e cuidado que considere a pessoa na sua totalidade. A humanização dos cuidados de saúde, além de valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, reconhece os direitos da pessoa, a sua dignidade e autonomia (Almeida, Chaves e Brito, 2009). Assim, o atendimento humanizado numa instituição de saúde pretende facilitar a forma como a pessoa enfrenta a situação de doença, e/ou vulnerabilidade que vivencia (Carvalho, *et al.*, 2005). A ética no cuidado humanizado assenta em quatro principais valores: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça e fundamenta-se no resgate da dignidade humana (Martin, 2004, citado por Carvalho, *et al.*, 2005).

O hospital humanizado surge assim como aquele em que a *“estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se ao serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”* (Amorim, 2005, p.10). Para o mesmo autor, são pressupostos para um «hospital humanizado», o atendimento, a segurança, a estrutura física, a individualidade da pessoa (as suas limitações, necessidades, locomoção, repouso e conforto), a tecnologia (que deve garantir os meios e as técnicas necessárias para evitar riscos acrescidos), uma estrutura humana bem formada e coesa e uma administração hospitalar que se preocupa em dar condições e garantia do cumprimento dos direitos da pessoa.

Os cuidados de saúde em Portugal são regulados por vários documentos que reforçam a ideia de um cuidado humanizado, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde (volume 1) e a

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes na qual é referida a importância da privacidade da pessoa.

A intervenção do enfermeiro e o seu conhecimento do processo saúde-doença vivenciado pela pessoa, à semelhança de Nightingale, constitui-se como fulcral para que os cuidados de saúde sejam cada vez mais adaptados à singularidade de cada um. O próprio Código Deontológico da profissão reforça esse papel (1998), enunciando responsabilidades profissionais relacionadas com:

- O respeito pela intimidade, *«atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa»*;

- A humanização dos cuidados, *«o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa»*.

Também no Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 85º, está contemplado o Dever do Sigilo Profissional que defende que o enfermeiro é *“obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento da sua profissão”* assumindo assim o dever de *“considerar confidencial toda a informação (...) qualquer que seja a fonte; partilhar a informação só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (...); manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação (...)”*.

✓ **3) Atua em situações inesperadas, de instabilidade hemodinâmica, identificando focos de instabilidade.**

Neste contexto osso demarcar a seguinte situação:

Recebi uma pessoa, vinda da urgência, que tinha sido trazida pela VMER por intoxicação voluntária com ácido clorídrico. Tinha sido entubada orotraquealmente (EOT) e ventilada de emergência por um quadro clínico caracterizado por «acidemia metabólica grave, com insuficiência respiratória grave». Deu entrada na UCIP 1, hemodinamicamente instável, com traçado cardíaco com supra desnivelamento do segmento ST (ECG confirmou enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST) e hipotensão marcada (PAM<60), sob suporte de Noradrenalina em perfusão endovenosa contínua. Em termos analíticos, apresentava alterações significativas da função renal (ureia e creatinina aumentadas), com hipercaliémia grave (K^+ 7), (com necessidade de medidas espoliadoras de potássio); alteração da coagulação (INR 8.5), com epistaxis ativa e gengivorragia. Numa primeira observação a Otorrinolaringologia, documentou «lesões necróticas a nível da língua, mucosa oral, oro e hipofaringe». Na unidade, a tomada de decisão foi iniciar técnica dialítica e, nesse âmbito, foi colocado cateter de diálise na veia femoral, após o que, iniciou HFVVC com anti coagulação

com citrato (e reposição de cálcio), sem depuração. A pessoa mantinha hipotensão marcada apesar das medidas instituídas: preenchimento com grande aporte de fluidos endovenosos e aumento progressivo do ritmo perfusional endovenoso de Noradrenalina; apresentava também sinais de hipoperfusão periférica e hipotermia. Ou seja, manifestava sinais evidentes de choque séptico, pelo que os objetivos terapêuticos eram aumentar o débito cardíaco e o transporte de oxigénio aos órgãos, através da infusão de fluidos. Encontrava-se sob o efeito de sedoanalgesia (com *Propofol* e *Fentanil*), sem reação à estimulação verbal ou dolorosa; encontrava-se conectada a prótese ventilatória na modalidade de Volume Controlado, bem adaptada inicialmente mas, com o decorrer do tempo foi ficando progressivamente desadaptada, manifestando aumento das pressões intrapulmonares. Rapidamente, iniciou quadro de bradicardia que velozmente evoluiu para paragem cardíaca. Dada a irreversibilidade da situação, depois de ter sido feito tudo o que era possível, a pessoa faleceu.

Os cuidados *post mortem* são da responsabilidade do enfermeiro. Foram retirados os dispositivos médicos e foram prestados cuidados de higiene corporal. Foram realizados os cuidados ao corpo de acordo com o procedimento, «Falecimento de Doentes». Após a identificação do corpo e contacto com família/pessoa significativa, foi pedido o transportado para a morgue.

Segundo a CIPE a morte é um fenómeno concernente ao *“desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral”* (Oliveira, *et al.*, 2008, p.83).

Apesar de ser um fenómeno natural, a morte é muitas vezes encarada como um fenómeno decorrente do fracasso profissional. Tal visão interfere com a prestação de cuidados, podendo despoletar sentimentos como a frustração, a fragilidade, a impotência, tornando o trabalho do enfermeiro mais difícil, pois dificulta a resposta às necessidades da pessoa e família, incluindo a de proporcionar uma morte tranquila (Veloso, *et al.*, 2003).

Os cuidados *post mortem* por parte dos enfermeiros foram estudados por Beattie (2006) sendo que a autora concluiu que é de extrema relevância a eficiência do profissional na sua prestação, uma vez que esta pode ser a última memória da família perante o seu ente querido.

Segundo Novais (2003), é atribuída importância à postura com que se cuida, pois *“cuidar do corpo do outro depende efetivamente da concepção que se tem de corpo (do seu corpo e do corpo do outro). Se o corpo for visto como mero reservatório de espírito de receptáculo e sustentação de funções fisiológicas, ou se, por outro lado, é visto como identidade da pessoa, e estas concepções irão necessariamente condicionar posturas diferentes no cuidar”* (p.19).

Para Potter e Perry, cuidar de um corpo *post mortem* implica dignidade e sensibilidade. O enfermeiro na prestação de cuidados ao corpo *post mortem* deve considerar a pessoa, como ser singular e como uma complementaridade entre os seus componentes básicos - corpo e espírito (Parece, 2010).

A morte é um dos acontecimentos mais complexos e desgastantes do quotidiano dos

enfermeiros condicionando sentimentos de incerteza, frustração e angústia (Oliveira, *et al.*, 2008).

É da responsabilidade deste profissional de saúde apoiar e estar atento ao sofrimento da família, adotando uma atitude que transmita segurança e companhia, que passa por saber e estar disponível para ouvir, ser sensível às palavras, aos desejos e emoções da família (Maia e Lopes, 2000). Esta abordagem requer portanto um maior envolvimento pessoal, uma vez que é necessário ao enfermeiro conhecimento, habilidades e competências (profissionais e pessoais) de forma a dar respostas efetivas nestas situações, tomando como premissas a cumprir, os resultados da revisão sistemática da literatura realizada em torno da área da comunicação de más notícias, apresentada no Capítulo I.

✓ **4) Participa e executa cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa em situação crítica.**

Tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa com necessidade de suporte de substituição renal, nomeadamente técnica dialítica continua - HFVVC quer com anti coagulação com heparina, quer com citrato de sódio, o que me permitiu contactar na prática com as diferenças na anti coagulação.

Prestei estes cuidados a 3 pessoas diferentes, em 8 turnos. Tive também a oportunidade de proceder à montagem do sistema e dar início ao procedimento dialítico, 2 vezes.

Constituiu uma experiência proficiente de real aprendizagem porque tal não é realizado no serviço onde trabalho. Estudei a norma de procedimento - «Técnica de substituição renal com monitor *Prismaflex 2.0*», para realizar boas práticas e cuidados em conformidade com o estabelecido na unidade, garantindo a qualidade dos mesmos. Também, através da partilha de conhecimentos com os enfermeiros da equipa e das reflexões que fiz sobre tais práticas, desenvolvi competências especializadas nesta área de cuidado profissional.

Neste enquadramento apreendi que, o circuito deve permanecer sem coágulos, permeável, para atingir um desempenho adequado. Assim, é usada a anti coagulação para aumentar a sobrevida dos filtros e minimizar os efeitos da ativação da cascata da coagulação, (pela passagem do sangue pelo circuito). A coagulação do filtro é responsável pela inoperacionalidade do circuito e consequentemente pela interrupção da técnica em 40 a 70% dos casos, o que pode trazer consequências como a diminuição da hemoglobina (Ramos, 2009; Garcés, Victorino e Veronese, 2007).

A utilização da heparina não fracionada confere algumas vantagens, como baixo custo, alta eficiência, fácil reversão com protamina e facilidade de monitorização do nível de anti coagulação com o tempo parcial de tromboplastina ativado. As desvantagens descritas são a trombocitopenia e o risco aumentado de complicações hemorrágicas, pelo que outros anticoagulantes têm sido estudados (Garcés, Victorino e Veronese, 2007). Além disso, Ramos (2009) relata que a anti coagulação com heparina apresenta tempos de vida de filtro muito variáveis (14 a 56 horas).

A utilização do citrato de sódio atua reduzindo o cálcio e inibindo a cascata de coagulação,

com a consequente hipo coagulação. Tem sido utilizado como anticoagulante, substituindo a heparina, essencialmente na pessoa com risco hemorrágico elevado, no entanto acarreta custos mais elevados. O citrato de sódio perfunde no ramo arterial do circuito extracorporal e forma complexos citrato-cálcio, o que provoca uma diminuição do cálcio em circulação, impedindo a formação de trombina (Fator II) e anti coagulação. O complexo citrato-cálcio degrada-se: o cálcio liberta-se e o citrato de sódio é metabolizado no fígado, convertendo-se em bicarbonato (solução/tampão), podendo originar alcalose metabólica e acidose metabólica na pessoa com insuficiência hepática. Devido à perda de cálcio, é necessária a sua reposição em perfusão contínua no ramo venoso, evitando assim o risco de hipocaliémia (Ramos, 2009). A avaliação dos níveis de cálcio sérico deve ser realizada, seguindo o protocolo para ajustes sistemáticos da dose a perfundir.

Prestei cuidados a uma pessoa que foi encontrada caída na via pública. No SU, confirmou-se a existência de traumatismo vertebro-medular e foi diagnosticada subluxação a nível cervical (C2-C3) com compromisso medular, pelo que foi internada na UCIP 1, por necessidade de suporte ventilatório.

A coluna vertebral é constituída por vértebras, discos intervertebrais e ligamentos com um determinado alinhamento que proporcionam uma proteção e suporte da medula espinal. O traumatismo vertebro medular pode ocorrer por variados mecanismos, entre eles a hiperflexão, hiperextensão, compressão, rotação, sendo que a gravidade da lesão resulta de uma combinação de fatores: mecanismo, intensidade e forças aplicadas, resistência relativa aos ossos e ligamentos (Phipps, Sands e Merek, 2003). O choque medular existe quando após a lesão, 30 a 60 minutos, a medula espinal não consegue exercer as suas funções, caracterizando-se por um estado de arreflexia (perda de todas as funções neurológicas abaixo do nível da lesão), que pode durar 1 a 6 semanas. A gravidade do choque medular está dependente da extensão e do nível da lesão primária. O tratamento do traumatismo vertebro medular tem como objetivos: preservar a atividade neurológica, prevenir/minimizar os efeitos da lesão secundária e restaurar o alinhamento e estabilidade da coluna vertebral.

Em cuidados intensivos um dos objetivos dos cuidados passa por prevenir possíveis complicações que possam atrasar ou impedir a reabilitação. Dado o nível da lesão, esta pessoa apresentava uma tetraplegia com sensibilidade mantida ao nível da linha média mamilar e alguns movimentos descoordenados dos ombros e cotovelos, sendo totalmente dependente para as atividades de vida e cuidados. Como consequência apresentava o diafragma e os músculos intercostais paralisados, pelo que se encontrava EOT e conectada a prótese ventilatória em modalidade de volume controlado. A paralisia dos músculos respiratórios, consoante o nível de lesão, propicia a estase de secreções que com a consequente diminuição da ventilação e baixa hidratação, se podem tornar espessas. De acordo com os autores, as complicações pulmonares são a principal causa de morte na pessoa com traumatismo vertebro medular. A pessoa estava hipotérmica, com necessidade de

aquecimento corporal e com bradicardias mantidas. Em pessoas com lesões entre C3 e C5 o risco de instabilidade cardiovascular é muito grande, conduzindo a uma hipertonia vagal relativa, bradicardia e perda do tônus simpático arterial, responsável pela hipotensão. A hipóxia e as alterações do centro termo regulador podem desencadear bradiarritmias, que rapidamente evoluem para paragem cardíaca, por exemplo durante a aspiração de secreções, por hipóxia. Devido às alterações da sensibilidade as medidas de aquecimento devem ser prudentes. Nesta situação que vivenciei foi colocado compasso craniano e aplicada a tração com 5Kg, em cama de *Stryker*.

A cama tipo *Stryker* está indicada para casos específicos de luxação ou subluxação de vértebras, com os objetivos de realizar a descompressão, corrigir o alinhamento e melhorar a estabilização da coluna. Permite a alternância entre o decúbito dorsal e ventral, caso não existam contraindicações (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Durante 2 turnos, prestei cuidados a 1 pessoa, com antecedentes pessoais de Leucemia Mieloide, cujo motivo de internamento na UCIP 1 foi Acidose Metabólica Grave em contexto de Choque Séptico. Encontrava-se sob o efeito de sedoanalgesia, com suporte ventilatório e com sinais de instabilidade hemodinâmica (a realizar terapêutica vasoativa em perfusão endovenosa contínua). A referência a este caso justifica-se porque para além do Choque Séptico ter sido uma área na qual investi no sentido de prestar cuidados de melhor qualidade, foi colocado um monitor PICCO e, mencionando a minha inexperiência com este tipo de monitorização, esta situação constituiu mais uma oportunidade de ensino/aprendizagem.

A monitorização dos parâmetros fisiológicos é imprescindível na pessoa com instabilidade hemodinâmica, considerada crítica, para garantir uma adequada perfusão de oxigénio tecidual. A monitorização PICCO permite medir o débito cardíaco (*Cardiac Output*) e o índice cardíaco (*Cardiac Index*) considerando-se um método menos invasivo do que o método tradicional por cateter de *Swan-Ganz*. Permite determinar os parâmetros intermitentemente através da técnica transpulmonar de termodiluição *PULSION*, ou continuamente através da análise arterial do contorno de pulso. A técnica transpulmonar de termodiluição consiste na injeção de bólus de soro fisiológico frio, por meio de um sensor de temperatura num lúmen do cateter venoso central. Os diferenciais de temperatura são aferidos no cateter arterial colocado na artéria femoral (ou na artéria radial), registando-se uma curva de termodiluição, que determina o débito cardíaco. Após calibrado, o sistema calcula o volume sistólico a cada batimento integrando a área sob a curva da pressão arterial sistémica (Jiménez, Cesar e Flores, 2009).

✓ **5) Avalia e regista de forma sistemática a intensidade da Dor.**

A dor, considerada um problema de saúde pública, é uma das principais causas de sofrimento humano que compromete a qualidade de vida (Bottega e Fontana, 2010). Não se resume apenas à intensidade, sendo muito mais vasto. Devem ser consideradas características da dor, incluindo início, local, irradiação, duração, periodicidade, tipo de dor e

fatores que originam (Sakata, *et al.*, 2001). Devido à subjetividade que a caracteriza a dor não é mensurável através de instrumentos físicos, pelo que a sua avaliação é feita através de escalas em complemento com a observação (Bottega e Fontana, 2010).

O enfermeiro, pelo maior tempo que disponibiliza a cuidar da pessoa, é quem identifica, avalia e notifica a dor, administra terapêutica analgésica prescrita, prescreve algumas medidas não farmacológicas e avalia (Fontes e Jaques, 2007). Assim, para tratar a dor é necessário identificá-la, sistematizá-la e registar esses dados (Pessini e Bertachini, 2004). A Direção Geral de Saúde (2003), determinou uma circular informativa considerando a dor como 5º sinal vital e boa prática, na qual era necessário o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização de uma escala que permitisse mensurar a sua intensidade e a inclusão na folha de registo dos sinais vitais, em espaço próprio para esse registo.

Sousa e Silva (2005) mencionam que as razões para o tratamento inadequado da dor, para além da subjetividade, é a variabilidade individual aos estímulos dolorosos, conhecimentos incorretos acerca da terapêutica e uma imperfeita avaliação.

Na UCIP 1 a dor é avaliada através da «Escala Numérica», «Escala das Faces» e «Escala BPS (*behavioral pain scale*)». A Escala de BPS é utilizada para a pessoa que não comunica verbalmente, que se encontra sedada e/ou ventilada, sendo portanto, a mais utilizada, (dadas as características da pessoa internada nesta unidade). Avalia 3 parâmetros (expressão facial, tônus dos membros superiores, adaptação à ventilação) numa escala de 3 a 12, em que 3 é ausência de dor e 12 é dor intensa. Para dar melhor resposta a esta atividade consulte também a norma de procedimento, «avaliação da dor como 5º sinal vital». A monitorização contínua e sistémica da dor, implica uma reavaliação da intensidade da dor, após a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas consistem em promover o repouso, o relaxamento e o conforto; facilitar a expressão de sentimentos por parte da pessoa; demonstrar compreensão; massajar e posicionar; prestar apoio emocional; desenvolver medidas de distração para desviar a sua atenção; reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a dor. Avaliei e registei de forma sistémica a intensidade da dor a 100% das pessoas às quais prestei cuidados.

✓ **6) Participa na passagem de turno.**

A passagem de turno tem como principal finalidade prevenir a perda de informação, possibilitando a melhor qualidade dos cuidados a prestar. É um momento bastante importante, no qual são transmitidos aos colegas informação (escrita e verbal) relevante. Para executar esta atividade da melhor forma possível consulte a norma referente à «passagem de turno». Desde sempre participei de forma ativa na passagem de turno das pessoas a quem prestei cuidados no turno (100%).

Dado que não tinha experiência em cuidados intensivos, achei pertinente investir e desenvolver mais uma área temática. Escolhi a ventilação mecânica invasiva por considerar

fundamental aprofundar conhecimentos específicos, como subsídio para a minha prática profissional. Surgiu assim o segundo objetivo específico:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Para prestar cuidados de enfermagem à pessoa sob ventilação mecânica invasiva, fiquei em 90% dos turnos na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de suporte ventilatório invasivo. As atividades desenvolvidas foram:

✓ **1) Consulta de bibliografia recente acerca dos princípios da ventilação mecânica invasiva e dos cuidados de enfermagem inerentes.**

As noções que tinha de ventilação eram basilares, pelo que senti necessidade de proceder a uma revisão da literatura sobre este assunto. A minha pesquisa incidiu essencialmente em livros e artigos científicos atuais na área dos cuidados intensivos.

Para esta atividade a revisão da literatura foi realizada de acordo com o juízo de Broome (2000) no qual a construção do conceito requer um trabalho de identificação das publicações na área, reconhecimento das limitações na conceitualização, assim como as questões que ainda permanecem sem resposta.

Os cuidados de saúde estão cada vez mais exigentes para os profissionais existindo pressões externas como indicadores de qualidade e crescente integração da pessoa nos seus cuidados de saúde (Sousa, 2012).

A prática baseada na evidência é um termo recente no vocabulário no âmbito dos cuidados de saúde, contudo o seu conceito nada tem de novo (Craig e Rosalind, 2004). Surge como uma metodologia no sentido de identificar e promover boas práticas, suprimindo ao mesmo tempo práticas ineficazes e prejudiciais (Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Compreende portanto, a melhor evidência disponível, a experiência do profissional e a preferência da pessoa (Sousa, 2012). A prática baseada na evidência “(...) *envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos*” (Galvão, Sawada e Mendes, 2003, p.43).

Para Marta Rogers (1992) a enfermagem é um sistema organizado e abstrato que usa o seu conhecimento na prática, isto é, a prática não é a enfermagem em si mas o modo pelo qual usamos o conhecimento.

✓ **2) Identifica sinais de desadaptação ventilatória.**

Uma vez mais, e consolidados os conhecimentos teóricos sobre os princípios da ventilação mecânica, com a ajuda da enfermeira orientadora, foram aplicados na prática o que levou a um manuseamento dos ventiladores, mais especificamente o Servo I. A aquisição de habilidades incidiu sobre o comportamento dos diferentes modos ventilatórios; interpretação do significado dos principais alarmes emitidos pelo ventilador; interpretação hemodinâmica,

considerando sempre o binómio pessoa-ventilador e, através da interpretação de valores da gasimetria arterial (em 70% das pessoas a quem prestei cuidados).

✓ **3) Conhece e aplica as medidas de prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV) e atua de acordo com a norma existente no serviço.**

Para esta atividade foi necessário a consulta de bibliografia recente sobre PAV, bem como das normas de procedimento em uso, relativamente à aspiração de secreções brônquicas e intervenções de enfermagem na prevenção da PAV.

A PAV é uma infeção diagnosticada após 48 horas de ventilação mecânica até à sua suspensão (Aranha, *et al.*, 2009). É uma das principais causas de morte por infeção hospitalar, consequência do suporte ventilatório. A presença de via aérea artificial provoca alterações a nível da proteção da via aérea, facilitando a colonização por diversos microrganismos (Matos e Sobral, 2010). De acordo com as Guidelines do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) têm sido implementadas medidas com eficácia demonstrada na prevenção da PAV e, consequentemente, diminuição da mortalidade. Torna-se assim fundamental implementar as seguintes:

- Ensinar toda a equipa sobre as medidas de prevenção da PAV;
- Questionar, diariamente a possibilidade de ventilação espontânea usando protocolos de desmame ventilatório;
- Evitar a sedação excessiva, avaliando a possibilidade de diminuir a dose/velocidade de perfusão;
- Evitar extubações acidentais e reentubações;
- Usar a ventilação não invasiva, sempre que possível;
- Cumprir boas práticas de prevenção das IACS, (adequada higiene das mãos e uso de equipamento individual de proteção - luvas, máscara e bata);
- Proceder a *toilete* brônquica sempre que necessário e não por rotina (na aspiração de secreções das vias respiratória com sistema aberto, usar luvas esterilizadas, sondas esterilizadas de uso único e manter técnica asséptica; com sistema fechado, usar luvas limpas e mudar o sistema de aspiração fechado diariamente);
- Usar técnica asséptica na manipulação de traqueostomias;
- Realizar higiene oral (escovar dentes e língua, aplicar antisséptico preferencialmente com solução de *clorhexidina* oral, pelo menos 1 vez por turno);
- Otimizar a manutenção dos equipamentos (mudança de filtro bacteriológico diária e mudança de sistemas);
- Verificar o nível do TOT e manutenção de adequada pressão do *cuf*;
- Elevar da cabeceira da cama entre 30 a 45°;
- Verificar a permeabilidade da sonda gástrica e a existência de conteúdo gástrico;
- Alternar decúbitos.

✓ **4) Adota estratégias facilitadoras da comunicação à pessoa com «barreiras à comunicação».**

Uma unidade de cuidados intensivos acolhe pessoas gravemente doentes, mas com possibilidade de recuperação, que recebem vigilância e tratamento constante com a mais variada panóplia de equipamentos e materiais. Dada a estrutura física, temperatura, equipamentos, efeitos sonoros, a comunicação verbal é dificultada, complicando a relação enfermeiro-pessoa. Um dos principais fatores de *stress* nas pessoas internadas em UCI é a dificuldade em expressar-se e em ser compreendido, devido à EOT (Almeida e Ribeiro, 2008; Rosário, 2009). A pessoa submetida a EOT vivencia sentimentos como a ansiedade, frustração, medo, perda de controlo e dor inespecífica, que estão diretamente relacionados com a dificuldade em comunicar, independentemente do tempo de entubação (Patak, *et al.*, 2004).

Assim, a comunicação não verbal assume nestas situações maior relevância. Acontece pela interação entre as pessoas, por gestos, postura, expressão facial, orientação do corpo como também pela presença de rubor, sudorese, tremores, lacrimejo e palidez. É a comunicação sem palavras, ou seja, é simbólica, através de gestos, sinais visuais, sonoros e pictóricos, expressão facial, postura corporal, componentes da voz (entoação, pausa, ritmo). A comunicação não verbal é aquela que as pessoas nem sempre têm controlo, é fisiológica e a sua manifestação externa transmite sentimentos e reações mais claras do que através de palavras. Nas relações interpessoais são 4 as funções da comunicação não verbal: complementar a comunicação verbal, substituir a comunicação verbal, contradizer o verbal e demonstrar sentimentos (Camilote e Lacerda, 2006).

✓ 80% das pessoas às quais prestei cuidados apresentavam «barreiras à comunicação» por se encontrarem entubadas orotraquealmente. É certo que muitas delas se encontravam sob o efeito de sedoanalgesia, contudo, foram desenvolvidas por mim estratégias comunicacionais como a utilização de símbolos, gestos, «leitura de lábios», papel e caneta, «quadro mágico». Estas, pretenderam estabelecer, manter e fortalecer a relação de ajuda, valorizando a pessoa e a sua expressão de emoções e/ou sentimentos e identificar necessidades/problemas a cada momento (orientadores para a adequada planificação de cuidados de enfermagem).

Neto (2003) destaca e atribui elevada importância à área da comunicação, para além do controlo sintomático, pelas necessidades das pessoas e família e pelos mesmos a considerarem fundamental. Do ponto de vista jurídico, a pessoa tem direito a ser informada sobre a sua situação clínica. A Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), na sua Base XIV, diz que as pessoas têm direito a ser informados sobre “(...) a sua situação, as alternativas de tratamento e evolução provável do seu estado”.

Tavares (2010) refere que trabalhar em UCI implica enfrentar, com alguma frequência, situações de transmissão de notícias desagradáveis às pessoas e famílias, notícias essas que mudam as suas vidas e perspetivas futuras. Santos (2001) reforça a importância de uma comunicação adequada nas relações interpessoais, sendo esta possível através de treino, tempo, planeamento, ambiente adequado e uma equipa coesa, para que não haja contradição nas informações concedidas, que use linguagem simples, clara, objetiva e verdadeira.

Tal como se concluiu na revisão sistemática da literatura (capítulo I), a comunicação de más notícias é uma árdua tarefa para o profissional que a pratica, como para a pessoa que a recebe (Pereira, 2008). Vários autores apontam a falta de habilidades, competências e a falta de formação dos profissionais como obstáculo à transmissão de más notícias (Hernández e Matienzo, 2009; Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel, 2010).

✓ **5) Realização de uma norma de procedimento sobre «sistemas de administração de oxigénio».**

Em conjunto com a enfermeira orientadora, foi reconhecida uma não conformidade nas práticas que se referem à administração de oxigénio terapêutico. Assim, e no sentido de dar resposta a esta necessidade, colaborei no desenvolvimento de uma norma de procedimento, com a aprovação da enfermeira chefe, sobre os vários sistemas de administração de oxigénio.

Para a administração de oxigénio, existem variados sistemas, cada um com particularidades e indicações para situações específicas, com intervenções de enfermagem inerentes. Os objetivos da norma de procedimento cumprida são, uniformizar procedimentos e promover boas práticas de oxigenoterapia (Apêndice II).

Neste estágio desenvolvi conhecimentos, habilidades e competências de forma a cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mais concretamente à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Executei cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa com necessidade de técnica dialítica contínua, inicialmente não previsto em projeto, mas que dada a oportunidade de aprendizagem, constituiu uma área de grande investimento. De salientar também a prestação de cuidados à pessoa com monitorização PICCO, com choque séptico e falência multiorgânica que foram uma realidade neste estágio. Como competências adquiridas neste estágio destaco: nível distinto de conhecimentos na área de especialização em apreço; identificação de problemas/necessidades e planeamento correto de cuidados/intervenção perante situações inesperadas de instabilidade, de forma autónoma e responsável; desenvolvimento de competências especializadas (científicas, técnicas, éticas, comunicacionais e relacionais) na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica; competências intelectuais através de aperfeiçoamento do pensamento analítico e crítico; aumento de maturidade pessoal e profissional.

Foi um longo caminho percorrido, com muita perseverança, com alguns obstáculos que foram encarados como desafios e que a pouco e pouco foram superados. Gostaria de salientar os contributos deste estágio para a minha prática, uma vez que cuido diariamente com a pessoa em situação crítica, sendo-me exigido cuidados técnicos de alta complexidade e resposta imediata a situações imprevistas que põem em risco a vida da pessoa. Sinto-me mais competente e com mais conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais para dar resposta às necessidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa e sua família.

3. MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

Este estágio teve lugar no Hospital da Luz, na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. Esta Unidade localiza-se no 4º piso do Hospital Residencial, dividida em 2 alas, sendo uma constituída por quartos particulares e outra por quartos duplos (para 2 ocupantes). Atualmente tem uma capacidade de internamento para 48 pessoas. A equipa de enfermagem é constituída por 45 enfermeiros que trabalham em interdisciplinaridade com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (auxiliares, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas e administrativos).

Os cuidados paliativos surgiram no sentido de promover o controlo de sintomas não só físicos, como psicológicos e emocionais, causadores de sofrimento na pessoa com doença incurável e irreversível em que já foram tentadas todas as hipóteses de tratamento, sem resposta ao tratamento curativo. Os objetivos centram-se em proporcionar a máxima qualidade de vida, oferecer conforto e bem estar, minimizar o sofrimento (Oliveira e Silva, 2010; Silva e Sudigursky, 2008; Barbosa e Neto, 2006).

A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz está vocacionada para a prestação de cuidados a pessoas com doença avançada e incurável, cujo tratamento curativo já não é opção. Não só está direcionada para pessoas com patologia de natureza oncológica, apesar de serem a maioria, como também para pessoas com demências e doenças neurológicas degenerativas. Com o internamento pretende-se essencialmente o controlo dos sinais e sintomas, mas também quando acontece a exaustão do familiar cuidador ou a falta de cuidador principal.

A nível da literatura, não há conformidade no que concerne ao momento em que uma doença evolui para uma fase terminal, no entanto, devem-se ter em consideração três aspetos: a confirmação diagnóstica da doença maligna, o reconhecimento da aproximação da morte e a exaustão de todas as alternativas terapêuticas possíveis (Viganò, *et al.*, 2000). A mesma autora refere como imperativo a introdução dos cuidados paliativos, o mais cedo quanto possível no decorrer da doença, considerando esta atitude como influência positiva na qualidade de vida da pessoa e família. O fato de não haver tratamento efetivo para a sua patologia, não significa que não haja investimento médico e de outros profissionais, que procuram confortar a pessoa, minimizando o seu sofrimento. De acordo com a mesma perspetiva as recomendações da associação nacional dos cuidados paliativos (2006) apresentam o «Modelo de Transição Progressiva» – alocação de recursos e prestação de cuidados aos doentes com cancro/doença avançada, o qual defende os cuidados paliativos como “(...) *uma intervenção estruturada e rigorosa nas doenças crónicas e progressivas, nas que provocam grande sofrimento, podendo intervir desde o diagnóstico e assumindo uma dimensão cada vez maior à medida que as necessidades dos doentes assim o justifiquem*” (p.5).

Na abordagem em cuidados paliativos, o envolvimento da família torna-se fundamental. Os familiares são pilares no crescimento e desenvolvimento de uma pessoa, pelo que a sua presença e envolvimento neste processo contribui de forma muito positiva para a pessoa

encarar a sua doença e viver da melhor forma possível. Do mesmo modo que também precisam de ser apoiadas, compreendidas e ser alvo de cuidados por parte da equipa, minimizando os seus medos, ansiedades, criando expectativas realistas relativamente ao prognóstico, entre muitas outras áreas geradoras de preocupação (Souza, 2008; Barbosa e Neto, 2006). Foi a partir deste pressuposto que decidi centrar este estágio, com vista a intervir também ao nível das famílias, no sentido dos profissionais de saúde poderem maximizar as capacidades do cuidar, não só no cuidador principal, como de toda a família envolvida.

A Escola do Cuidar assumiu um papel de destaque neste estágio, considerando Jean Watson, uma das teóricas principais desta escola, devido à sua influência e perspetivas. Foram mobilizados conceitos que emergem das teorias e dos modelos de enfermagem como principais referenciais teóricos, sendo que a Teoria do Cuidado Humano, é a que melhor se adequa, não só pela introdução do conceito de *caring* como Humanista e Científico, como também por todo o significado e implicações do cuidar (Watson, 2002).

Com base nos pressupostos supra mencionados definiu-se como **objectivo geral**:

- Desenvolver de forma efetiva a minha capacidade reflexiva, tendo por base a aprendizagem desenvolvida, os conhecimentos obtidos e as competências adquiridas e aperfeiçoadas ao longo do período de estágio, dando resposta a problemas/situações novas, em vários contextos, no âmbito dos cuidados paliativos.

De acordo com o objetivo geral, definiram-se três objectivos específicos, sendo o primeiro:

- Prestar cuidados de enfermagem, como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Cuidados Paliativos, atendendo às necessidades físicas, psicológicas e/ou espirituais da pessoa e família.

As atividades desenvolvidas de acordo com este objetivo foram:

✓ **1) Compreende a dinâmica de funcionamento do serviço, presta cuidados globais e colabora no planeamento dos cuidados de enfermagem de acordo com os problemas identificados.**

Para a realização desta atividade recorri à observação, a entrevistas não estruturadas com a enfermeira orientadora e outros enfermeiros, no sentido de compreender a dinâmica de funcionamento e as rotinas do próprio serviço. Os cuidados globais que tive oportunidade de realizar foram:

- Prestação dos cuidados de higiene e conforto;
- Avaliação de parâmetros vitais (temperatura, pressão arterial e pulso);
- Avaliação da pessoa e família através de escalas adotadas pelo serviço (ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System* e *Escala de Zarit*);

Atualmente as doenças crónicas constituem um problema real para o Sistema Nacional de Saúde, não só pelos custos que ocasionam na utilização dos serviços, como para as famílias, sendo um fator gerador de *stress* que obriga a constantes adaptações (Martins, Ribeiro e Garrett, 2004).

O cuidador informal é para Sequeira (2007) o principal agente do sistema de apoio familiar, uma vez que assume a responsabilidade do cuidar de forma continuada. A existência de um doente em cuidados paliativos no seio familiar, conduz à necessidade de reorganização da família, com redefinição de tarefas, no sentido de dar resposta a esta nova realidade (Walsh e Mcgoldrick, 1998). As famílias que cuidam destes doentes têm sido alvo de vários estudos, sendo que as principais necessidades passam por sobrecarga física, emocional, espiritual e financeira. Neste campo de ação existem várias escalas que permitem avaliar a sobrecarga do cuidador, nomeadamente «*The Zarit Burden Interview*», cujo principal objetivo é identificar os principais fatores causadores de exaustão para posteriormente agir em conformidade, dando respostas efetivas às necessidades (Ferreira, *et al.*, s/d).

- Preparação, administração e vigilância de terapêutica (oral e subcutânea);
- Administração e supervisão da alimentação;
- Observação da dinâmica familiar e dos relacionamentos existentes entre os seus membros;
- Escuta atenta da pessoa e da sua família, estimulando a reflexão bem como a expressão de sentimentos;
- Atenção a pequenos sinais que comprovem mal estar, tais como ansiedade, insónia, tristeza, rotura de atividades, dificuldade na concentração, de acordo com Twycross (2003);
- Monitorização contínua e avaliação de resposta aos problemas identificados;
- Mostrando disponibilidade, compreensão empática, respeito e autenticidade, como facilitadores da relação com a pessoa e família;
- Agindo de modo a que a pessoa se sinta cuidada e acompanhada durante esta fase da sua vida;
- Ajudando-a a manter presente o sentido da vida, valorizando os pequenos momentos;
- Reforçando os sucessos e capacidades da pessoa, promovendo ou desenvolvendo a sua autoestima;
- Ajudando a pessoa e família a adaptar-se emocionalmente para o fim de vida;
- Estimulando a participação da família nos cuidados;
- Participando na preparação da alta da pessoa, desde a sua admissão;
- Colaborando na planificação da agenda da pessoa, de acordo com as suas necessidades;
- Participando na passagem de turno, dando a melhor continuidade aos cuidados.

✓ **2) Conhece problemas, medos e expectativas da pessoa e/ou família e sabe geri-los, desenvolvendo capacidade de antecipar necessidades de esclarecimento e ensino das famílias antes da sua ocorrência, valorizando experiencias anteriores que possam influenciar a forma como integram a informação.**

Como tentativa de resposta às necessidades psicológicas e espirituais detetadas, demonstrei a minha maior disponibilidade para as escutar e apoiar; explorando as narrativas de

vida, compartilhando com as pessoas o seu passado, com objetivo de recordar e reviver momentos felizes; ajudei-as a enfrentar o presente, através do estabelecimento de expectativas realistas e a necessidade de viver um dia de cada vez (*carpe diem*); preservação da autonomia (nas tomadas de decisões); prestei apoio emocional dando espaço para a expressão de sentimentos e compromisso de não abandono, independentemente do que poderia acontecer; reforcei os sucessos e as capacidades; reforcei o sentido de identidade pessoal, com o objetivo de realçar a ideia de ser único e singular, com a devida valorização; ajudei na clarificação de temas como o prognóstico reservado, a irreversibilidade, progressão e debilidade decorrente da doença com a pessoa; ajudei a superar medos (medo de ter dor, dispneia ou outros sintomas) e diminuir angústias face ao futuro; promovi o conforto.

Vivenciei uma situação na qual a pessoa estava sem urinar há cerca de 4/5 horas, (sem urina na fralda e sem globo vesical palpável). Existia a necessidade de algaliar para aferir retenção urinária ou anúria. Foi pedido aos familiares (esposa e filha) que se encontravam na sala de estar para virem para junto da pessoa e foi feito ensino acerca da algaliação. Foram explicados os motivos e dado espaço para esclarecimento de dúvidas. A família pareceu tranquila relativamente à algaliação. Também aconteceu outra situação na qual desenvolvi esta atividade: a pessoa encontrava-se sonolenta, com flutuações do estado de consciência. Foram dados «tiros de aviso», relativamente à possibilidade de lentificação no reflexo de deglutição e possível evolução para disfagia. A alimentação/hidratação são normalmente temas que suscitam alguma preocupação por parte dos familiares, pelo que estes devem ser preparados. *“A família, constituindo-se como unidade básica da sociedade, caracteriza-se pelo seu desenvolvimento processual, que emerge das interações transformativas resultantes dos processos de reciprocidade que ocorrem no contexto. A inclusão da família como alvo dos cuidados requer a compreensão da sua complexidade, tendo em consideração as suas necessidades como um todo, e não apenas as do indivíduo”* (Oliveira, et al., 2009, p.35).

O recurso à empatia, escuta ativa, reformulação, resumo e várias tipologias de perguntas, cooperam para a atitude comunicacional. Nas reuniões com o familiar cuidador é indispensável que o enfermeiro esteja preparado para gerir os níveis de *stress* e ansiedade do familiar, necessário à melhoria dos cuidados de enfermagem (Galinha, 2009).

✓ **3) Identifica e caracteriza os sinais e sintomas causadores de sofrimento.**

- Controlo sintomático: princípios gerais: avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, não esperar que a pessoa se queixe, adotar uma estratégia terapêutica mista, monitorizar os sintomas através da ESAS e reavaliar periodicamente;

- Gestão da dor, tipos de dor, regras no uso de analgesia; escada analgésica da OMS, titulação de drogas, fármacos adjuvantes: principais fármacos, indicações e efeitos, opióides (princípio de ação da Morfina, efeitos colaterais, sinais de toxicidade);

- Dispneia: etiologia, diagnóstico (meios complementares), avaliação do impacto desta manifestação clínica na qualidade de vida da pessoa, tratamento de acordo com a gravidade do sintoma e do impacto que tem na vida da mesma;

- Úlceras de pressão: fatores de risco e agravamento, avaliação, tratamento e prevenção;

- Obstipação: medidas preventivas através da administração de laxantes, controlar e incentivar a hidratação, sugerir alimentos ricos em fibra, se tolerados pela pessoa, estimular a deambulação e em casos da pessoa estar acamada, favorecer as mudanças de posição, proporcionar condições de privacidade, adotar medidas facilitadoras (fornecer o sanitário para alívio da dor, o uso de fralda), alertar para os alimentos com efeito obstipante como a banana, arroz, queijo, chocolate e chá preto e tentar evitá-los, vigiar as eliminações (frequência, quantidade, consistência, cor), massagem abdominal como coadjuvante (através de movimentos circulares), em casos de ausência de dejeções superior a 3 dias realizar toque rectal e extração de fecalomas, se for o caso;

- Oclusão intestinal: distinguir oclusão intestinal alta ou baixa; etiologia; tratamento (correção hidroelectrolítica, intervenção cirúrgica se for indicada, terapêutica para controlo dos sintomas associados como dor abdominal, náuseas, vômitos, secreção gástrica, algoritmo da estratégia terapêutica da obstrução intestinal).

(Barbosa e Neto, 2006)

✓ **4) Adequar a terapêutica nutricional e realizar ensino sobre a mesma.**

Muitos são os sintomas desagradáveis que assombram a pessoa em fim de vida, diminuindo a sua qualidade de vida. Entre muitos são os mais comuns: náuseas e vômitos, anorexia/caquexia, obstipação, disfagia, dispneia e dor. A alimentação/hidratação em fim de vida é um problema que preocupa bastante os familiares, logo deve ser alvo da nossa maior atenção, para que se desmistifiquem alguns mitos. Foi baseada neste pressuposto que desenvolvi esta atividade, adequando a alimentação de cada pessoa em função da sua patologia e/ou sinais e sintomas:

- Náuseas e vômitos: proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, sem odores de alimentos, fazer pequenas refeições mais frequentes, reduzir o tamanho dos pratos e a quantidade de alimentos; incentivar a mastigação adequada e devagar dos alimentos, evitar líquidos às refeições, evitar alimentos muito condimentados, preferir alimentos com pouca gordura e de fácil digestão (são geralmente melhor tolerados), ingerir líquidos frios, proporcionar à pessoa alimentos do seu agrado e com boa apresentação, administração de antieméticos antes das principais refeições;

- Xerostomia: incentivar a ingestão de alimentos pastosos, aumentar a ingestão de líquidos, incentivar técnicas de hipersalivação como mascar pastilha, chupar rebuçados, ingerir alimentos ácidos;

- Odinofagia e/ou disfagia: fazer pequenas refeições mais frequentes, incentivar e/ou proporcionar alimentos pastosos e a ingestão de líquidos, evitar alimentos ácidos e especiarias, ao ingerir líquidos não reclinar a cabeça para trás, recorrer ao espessante se necessário.

O segundo objetivo específico definido foi:

▪ Interagir conhecimentos e estratégias na área da comunicação, incidindo na comunicação de más notícias, como forma de responder às necessidades efetivas da família.

✓ **1) Aplica técnicas de comunicação adequadas (harmonia entre a comunicação verbal e a não verbal) através de uma linguagem simples, clara e precisa.**

Tive presente as duas grandes áreas da linguagem não verbal: linguagem corporal (expressão facial, contacto visual, postura e movimentos corporais, contacto físico e toque) e linguagem paraverbal ou paralinguagem e utilização da voz e vocalização). Demonstrei para com a pessoa e família disponibilidade, compaixão, humildade, respeito e autenticidade. Para esta atividade foi necessário desenvolver também competências na área da comunicação, como sendo a escuta ativa, compreensão empática e *feedback* (Barbosa e Neto, 2006).

✓ **2) Conhece e tem como base os Protocolos de *Buckman* e *Spikes*.**

A transmissão de más notícias “(...) *requer perícia (conhecimentos e aptidões específicas) e tato, e ambas podem ser aprendidas e praticadas ao longo da vida. Os benefícios são claros, quer para os doentes e seus familiares, quer para os profissionais de saúde*” (Leal, 2003, p.40). A mesma autora refere que ainda existe a crença de que aquilo que a pessoa não sabe poderá não vir a suceder ou a verificar-se. Todavia, a própria pessoa é a primeira a reparar que qualquer coisa não está bem, sendo que a ausência de informação ou até mesmo a comunicação deficiente lhe causará insegurança relativamente ao seu prognóstico, influenciando negativamente a sua relação com os profissionais.

Existem vários modelos já estudados e desenvolvidos com o objetivo de tornar a comunicação de más notícias o mais simples possível, explicando passo a passo o papel do profissional para que seja bem sucedido nesta difícil comunicação. Um dos exemplos é o conhecido Protocolo de Spikes, que a seguir se apresenta.

S	<i>Setting up</i>	Preparação e escolha do local adequado
P	<i>Perception</i>	Perceber o que a pessoa já sabe
I	<i>Invitation</i>	Convidar para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitir a informação
E	<i>Emotions</i>	Responder às emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumir e organizar/planear estratégias futuras

Quadro 2 - **Protocolo de *Spikes*** (adaptado de Lino, *et al.*, 2011)

O Protocolo de *Buckman* constitui outro guião orientador na transmissão de más notícias, constituído por seis passos, que se apresentam de seguida, (Buckman, 1994):

- Conseguir o ambiente correto;
- Descobrir o que a pessoa já sabe;
- Descobrir o que a pessoa quer saber;
- Dar a informação;
- Responder às reações da pessoa;
- Planear e acompanhar.

De um modo geral, os dois modelos apresentados baseiam-se nos mesmos princípios e seguem a mesma linha de preparação e comunicação de más notícias. O profissional que tem a responsabilidade de transmitir uma má notícia à pessoa e/ou família, para além de toda a perícia e preparação que necessita ter, deve evitar fazer juízos de valor, deve estar em relação com o outro e tem de conseguir a disponibilidade interior para com o outro. Como forma de resumo, foi desenvolvido um quadro com os principais pontos a ter em conta, adaptado de Twycross (2003), que se oferece.

Local: ambiente certo, com privacidade
Descobrir o que a pessoa já sabe
Descobrir o que a pessoa deseja saber
Partilhar a informação: <ul style="list-style-type: none"> - Fazer perguntas abertas para que a pessoa exprima mais facilmente as suas preocupações; - Não dar falsas esperanças; - Não dar mais informação do que a desejada; - Não temer o silêncio; - Assegurar que a mensagem foi recebida; - Verificar se está a responder à pergunta que foi colocada; - Ter coragem necessária para dizer “não sei”; - Aceitar a negação, mas não compactuar com ela: “Talvez seja melhor esperarmos para ver”.
Permitir a expressão de sentimentos fortes (ex.: lágrimas e cólera)
Seguimento: marcar nova sessão para tratar quaisquer “assuntos que apareçam”

Quadro 3 - Comunicação de más notícias

✓ **3) Gere expectativas da família, através do elevado nível de conhecimento da pessoa, clarificando temas como: objetivos do internamento, controlo de sintomas, debilidade decorrente da doença, prognóstico reservado.**

Intervim numa situação de um familiar que se encontrava muito ansioso relativamente ao estado de sonolência da pessoa que visitava, atribuindo «culpa» à medicação administrada. Foi detetada necessidade de aferir expectativas deste familiar e de o esclarecer quanto à

progressão da doença e possibilidade de oscilação do estado de consciência. Foi ensinado sobre a necessidade de controlo sintomático conseguida através da medicação, mas que no entanto a sonolência não era derivada da terapêutica. Foram aferidos objetivos do internamento e reforçado que as medidas passam por proporcionar conforto e qualidade de vida sem sofrimento. Foi autorizado a permanência deste familiar no serviço, para além das horas estipuladas. Incentivei também a sua integração na prestação de cuidados, como por exemplo dar a alimentação. Após esta breve relação, o familiar que inicialmente parecia intransigente, compreendeu, agradeceu todo o trabalho que a equipa estava a realizar e, ficou mais tranquilo.

Descrevo outra situação que necessitou da minha mediação, por ser a prestadora de cuidados mais próxima da pessoa e família nas últimas semanas. A esposa da pessoa doente mostrava-se ansiosa durante o período de visita, pelo fato do seu ente querido se encontrar mais prostrado, adinâmico, com cansaço fácil e com pouco apetite. A principal inquietação era não ver melhoras no esposo. O mesmo sofria de um adenocarcinoma da próstata em fase terminal, com invasão óssea e pulmonar. Esta situação obrigou-me a agir rapidamente. Inicialmente foram avaliadas expectativas através de perguntas abertas acerca do diagnóstico e prognóstico. Foi prestado apoio emocional e incentivada a exteriorização de sentimentos e emoções e estabelecida relação de confiança. Utilizei a escuta ativa e posteriormente intervim no sentido de clarificar acerca da filosofia dos cuidados paliativos, intervenções e abordagem por parte de toda a equipa transdisciplinar, representada por mim. Esclareci dúvidas relacionadas com a medicação, controlo de sintomas e alimentação em fim de vida, ressaltando que os benefícios devem sempre ser maiores que os malefícios. Foi realizado compromisso de não abandono. A esposa inicialmente estava com algumas expectativas irrealistas acerca dos objetivos do internamento (tencionando a cura como possibilidade) bem como acerca do agravamento da doença. Depois de explicados todos estes pontos, a mesma concordou e mostrou-se assertiva, embora com demonstração de tristeza profunda.

✓ **4) Participa em reuniões de conferência familiar e pontos de situação com a pessoa e família, sempre que se detetem necessidades de esclarecimento ou de programação de objetivos realistas, ajudando a família na resolução de problemas.**

Tive oportunidade de realizar vários pontos de situações com as pessoas às quais prestei cuidados. No entanto houve uma situação, que talvez pela relação de empatia que se criou, foi uma das mais marcantes durante o meu período de estágio. Aconteceu com uma senhora, de 62 anos, que sofria de uma doença avançada e irreversível. Na altura da sua admissão subsistiam implicações ao nível do controlo sintomático e perda de autoimagem, com grande impacto para a família. Foi-lhe diagnosticado uma Atrofia Multisistémica de variante Parkinsonica após sucessivas quedas, tendo a última consequências graves - fratura do colo do fémur com necessidade de internamento e cirurgia para colocação de prótese total da anca.

Neste contexto, após extubação orotraqueal, desenvolveu um quadro clínico de estridor respiratório, tendo sido submetida a cordectomy e traqueostomia.

A família, depois de ter observado a sua dinâmica em contexto de visita, demonstrou sempre muita disponibilidade, preocupação e carinho. O esposo, muito preocupado e presente, colaborava sempre que possível nos cuidados. O núcleo familiar era constituído pelos pais da própria pessoa doente, que apesar da sua avançada idade, aproximadamente 90 anos, não deixavam de prestar apoio e de estarem presentes na visita. Foi uma família que tive a oportunidade de conhecer e com quem estabeleci uma relação empática. É de considerar a preocupação constante, os medos e angústias que viviam todos os dias, relativamente à situação clínica da pessoa e ao seu prognóstico, no entanto não deixavam de ser «pilares fortes» para a mesma, ajudando-a a enfrentar e encarar este infortúnio da vida com força, garra e determinação.

A dor, dispneia e edema/rigidez cervical, principais sintomas físicos, estavam a ser controlados com terapêutica oral e subcutânea de acordo com a avaliação diária dos efeitos dos fármacos administrados, sendo evidente uma melhoria dia após dia.

Os processos de comunicação em cuidados de saúde assumem extrema importância uma vez que estão relacionados com várias áreas e contextos como a relação interpessoal, troca de informação clínica, tomada de decisões terapêuticas e a satisfação da pessoa doente (Ramos 2008 e Rosário, 2009). Uma das principais funções da comunicação é a de informação, o que permite à pessoa satisfazer os seus desejos nos domínios afetivo, cognitivo e psicomotor (Reis e Rodrigues, 2002). Existem 3 tipos de barreiras à comunicação, definido por Sikula (1976) que podem ser de natureza técnica/física (falas mecânicas, ruídos ambientais), semântica (diferentes significados decorrentes de interpretação de palavras, descodificação de gestos, translações de linguagem) ou humana (limitações pessoais, emoções, preocupações, sentimentos pessoais e motivações).

O processo de comunicação em saúde pode estar alterado, nomeadamente perante as pessoas que não conseguem comunicar verbalmente. Assim, a multiplicidade de canais de comunicação (verbais e não verbais) juntam-se para conseguir uma comunicação total (Ramos, 2008).

Nesta situação específica a pessoa encontrava-se traqueostomizada, constituindo portanto uma «barreira à comunicação». Foram adoptadas algumas estratégias, com o intuito de manter presente o processo de comunicação, sem que a traqueostomia tivesse implicações ao nível da relação interpessoal. O quadro alfabético foi desde o início usado com agrado, sendo a forma com que mais gostava de comunicar. A obstrução da cânula também era exequível, no entanto, apenas por curtos períodos uma vez que desencadeava quadros de dispneia e cansaço fácil. Inicialmente senti também que a minha comunicação com a pessoa era influenciada por este fato, o que me levava a restringir toda a informação, com receio de a mesma não perceber ou de não conseguir dar resposta, despoletando sentimentos de frustração. Rapidamente percebi que esta não era a melhor abordagem e tentei que a traqueostomia não constituísse uma barreira para mim.

A comunicação eficaz em contexto de cuidados paliativos é fundamental, funcionando como estratégia terapêutica, um condutor central na abordagem clínica, sendo tão importante como a identificação do diagnóstico e/ou a execução do regime terapêutico. A comunicação não verbal, assume nesta situação, especial importância, uma vez que pode fornecer pistas importantes para interpretar as emoções da pessoa, detetando através da mesma sinais de sofrimento, medos, dúvidas, que verbalmente não consegue exprimir. Aspetos como a linguagem corporal, a expressão facial, o contacto visual, o toque, não devem ser ignorados para uma boa comunicação (Querido, Salazar e Neto, *in* Barbosa e Neto, 2006). Na pessoa mencionada nesta vivência, talvez pela limitação na comunicação verbal, a comunicação não verbal tornava-se tão presente, tão clara, que era impossível não estar atenta e não a destacar.

A comunicação foi essencial para o início de uma relação empática. A pessoa deu a perceber que era uma mulher inteligente, segura de si, confiante, pelo que a sua atitude durante o internamento era facilmente confundida com um perfil controlador. Precisei de alguns dias para ganhar a sua confiança, através de repetidos atos que lhe demonstrassem segurança, profissionalismo e disponibilidade total para cuidar. Foi através da prestação de cuidados, como a higiene no leito, a alimentação, a higiene da cânula de traqueostomia que foi prestado apoio emocional, valorizando as suas vitórias, reforçando as suas capacidades, promovendo a sua autoestima. Foram feitos ensinamentos acerca da natureza da doença, sua irreversibilidade e progressão, do regime terapêutico e do plano de internamento, ajudando a esclarecer dúvidas e a tornar objetivos realistas. Foi incentivada a viver um dia de cada vez e reforçado o objetivo de conforto.

Tentei demonstrar compreensão face às suas emoções e sentimentos, dando-lhe tempo para se expressar. O toque inicialmente era algo com o qual não me sentia confortável nem autêntica em fazê-lo, surgindo como uma dificuldade a ultrapassar. Ao longo do contato, não sei exatamente o momento em que tal barreira se quebrou mas, quando reparei, estava de uma forma espontânea a agarrar-lhe na mão, demonstrando-lhe todo o meu apoio, fazendo-a sentir-se acompanhada. A pessoa durante o período de internamento manifestou integrar a informação que lhe foi sendo transmitida, ciente do seu processo de doença, com aceitação. Chorosa, mas assertiva. O seu marido, dia após dia, estava a tentar combater a sua própria negação da irreversibilidade da doença. Foi-lhe transmitido apoio e claro compromisso de não abandono.

Devido à dificuldade que a senhora apresentava ao nível da deglutição e do risco de aspiração, manteve-se a sonda nasogástrica para alimentação. A colocação de PEG foi planeada, como solução definitiva para garantir uma alimentação adequada. O que por um lado seria a solução para um problema, por outro desencadeava algumas reações por parte da pessoa e família, sempre que eram confrontados com algo de novo, desconhecido e com a qual teriam que lidar. Surgiram inevitavelmente preocupações, angústias, dúvidas e incertezas às quais os profissionais de saúde deram resposta. Foi neste contexto que verifiquei a necessidade de realizar um ponto de situação com a família, nomeadamente com o marido da senhora, por ser o principal cuidador.

Não só a mensagem que se transmite, mas também a forma como se transmite, influenciam a pessoa e a forma como reage ao que lhe foi passado. Assim sendo, e dada a sua pertinência, utilizei o modelo de comunicação de Buckman (constituído por 6 passos): preparação e escolha do ambiente/local adequado; descobrir o que os familiares já sabem; perceber o que querem saber; partilhar a informação (dar a notícia); responder às reações e planear e acompanhar a família.

Partindo deste pressuposto, planeei previamente a informação a ser transmitida bem como os objetivos do ponto de situação. Era necessário aferir expectativas quanto à alimentação oral, explicando os riscos *versus* benefícios, desmistificar alguns pontos acerca da alimentação por sonda nasogástrica, esclarecer quanto à necessidade da colocação de PEG e encorajar o esposo a colocar as suas dúvidas. Comecei por conseguir tempo necessário para conversar com o esposo, sem interrupções. Escolhi um local privado e acolhedor, onde nos pudéssemos sentar, indicando que dispunha de todo o tempo necessário para o escutar. Através de perguntas abertas e exploratórias, percebi o que o senhor já sabia acerca da alimentação da sua esposa. Exemplos:

- «Diga-me o que já sabe acerca da alimentação da sua esposa»;
- «Ainda não tínhamos tido oportunidade de falar antes. Seria útil que me contasse tudo desde o início»;

Tentei compreender a informação que pretendia saber. Exemplos:

- «Vejo que está preocupado. Pode dizer-me exatamente o que o preocupa?»;
- «O que é que o preocupa mais nesta situação?»;
- «O que pensa sobre este assunto?»;
- «A que se deve esta situação?».

Organizei uma estratégia para transmitir a informação. Através de «tiros de aviso» expliquei que as notícias que tinha para dar não eram as melhores. Exemplo:

- «Os exames indicam que se pode tratar de algo grave».

Fornei a informação pouco a pouco. Utilizei uma linguagem simples e compreensível, evitando frases longas. Verifiquei periodicamente se estava a compreender a informação transmitida. Exemplo:

- «A sua esposa não tem comido muito bem esta semana, como é do seu conhecimento. Ainda tem alguma dificuldade em engolir. Correm-se riscos de os alimentos serem aspirados para o pulmão, o que pode interferir na sua recuperação. Toda a equipa, representada aqui por mim, está muito atenta ao caso da sua esposa. Achamos que por enquanto a alimentação por sonda é mais segura e garantimos assim também a quantidade/calorias necessárias para ela. Estou a ser explícita? De acordo como as coisas vão evoluindo poderá ser necessário recorrer a uma sonda definitiva. Vamos acompanhando de forma atenta e bem de perto a questão da alimentação».

Posteriormente respondi às reações de desgosto, raiva e revolta, mostrando-me solidária. Dei tempo para o senhor expressar sentimentos. Respeitei o choro e o silêncio. Validei os sentimentos. Exemplos: «Como é que isso o faz sentir?»; «É natural que se sinta assim»;

«Posso ver como isto o entristece». Durante todo o encontro estive atenta à linguagem não verbal, mantendo a escuta ativa, acenando com a cabeça, para que se percebesse que me mantinha atenta.

Por fim estabeleci um plano futuro, realista, reforçando a ideia de que apesar da doença ser progressiva, a pessoa não deixa de ter um futuro, pelo que os bons momentos iriam continuar a acontecer. Havia muito a fazer quanto ao alívio de sintomas, de forma a proporcionar bem-estar e conforto, máximas impressas nos cuidados de toda a equipa. Reforcei mais uma vez a ideia do não abandono. Encerrei o ponto de situação com a remarcação de novo encontro para tratar de alguns assuntos que pudessem surgir.

A enfermagem enquanto ciência tem como principal função cuidar da totalidade da pessoa humana. É uma das atividades humanas mais precoces e como profissão, remonta ao século XIX. Contudo, o seu passado ainda hoje exerce grande influência sobre o presente, designadamente na prestação de cuidados, na representação que deles fazemos e nas expectativas sociais (Vieira, 2009). O cuidar não é apenas uma emoção, atitude ou desejo, é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve sensibilidade, habilidade e conhecimento (Watson, 2002). O processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana, no processo de viver ou morrer. Neste sentido, o processo de cuidar é um processo interativo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou num determinado momento, mas que tem o poder de conduzir à transformação (Waldow, 1998).

O cuidado de enfermagem é determinado no âmbito de um exercício profissional do enfermeiro, reconhecido como autónomo em Portugal, através da publicação do REPE. *“É em resultado desta autonomia científica e profissional, que o enfermeiro toma a seu cargo a formulação diagnóstica e a decisão de cuidados, em função dos problemas identificados”* (Deodato, 2010, p.46).

O conforto é um termo que é associado aos cuidados de enfermagem, está vinculado com a sua origem e tem vindo a sofrer alterações de significado ao mesmo tempo da evolução histórica, política, social, religiosa, científica, das ciências da saúde e particularmente da enfermagem (Apóstolo, 2007). No início do século XX, o conforto era valorizado e apreciado, pelo insucesso do efeito curativo da medicina, como resultado de boas práticas das enfermeiras, sendo arrogado como o principal objetivo da enfermagem (Kolcaba, 2003). Muitas foram as autoras que contribuíram para o desenvolvimento teórico da disciplina de enfermagem e para a consciência do conforto como o foco e objetivo desta disciplina, destacam-se: Ilda Orlando, Calista Roy, Jean Watson, Madeleine Leininger, Hildegard Peplau, Katharine Kolcaba, Janice Morse (Apóstolo, 2007). O conforto, como elemento essencial na prestação de cuidados de enfermagem, não pode ser resumido a boas técnicas de posicionamento, às medidas de alívio da dor ou à administração de alimentação. Passa por estar atento a todas as dimensões da pessoa, todas as suas manifestações de desconforto e

prover medidas para o alívio desse sofrimento (Morse, 2000). Confortar constitui ainda, para Benner (2001) uma competência do enfermeiro que atende à singularidade da pessoa.

✓ **5) Participa no «*Journal Club*» com a apresentação de um artigo científico à restante equipa multidisciplinar.**

Tive oportunidade de participar numa atividade, já desenvolvida pelo serviço, em que toda a equipa transdisciplinar participa, designada «*Journal Club*». O objetivo passava por apresentar ao grupo um artigo atual, com pertinência na área dos cuidados paliativos, o qual seria posteriormente discutido e debatido. O artigo que apresentei intitula-se “Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer” (Breitbart, *et al.*, 2012) (Apêndice III). A escolha deste artigo teve a ver com a minha participação num *workshop* sobre “Psicoterapia centrada no sentido da vida”. Por se ter revelado de grande interesse para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que foram explorados temas como a espiritualidade e sentido de vida, no contexto de doença incurável em fase avançada e progressiva, achei adequada a partilha desta experiência com a equipa.

A apresentação do artigo teve poucos participantes, devido a uma reunião de serviço não programada. Os presentes, maioritariamente enfermeiros, demonstraram interesse sobre o tema em questão e pertinente a escolha do artigo. Foi sugerido pelos mesmos, para futuras sessões, a análise e apresentação em «*Journal Club*» de outros artigos do mesmo autor, no sentido de dar continuidade à temática.

O terceiro e último objetivo, foi planificado em conjunto com uma colega de estágio, e edifica-se assim:

- Contribuir de forma ativa na otimização do instrumento de registos de enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, através da elaboração de diagnósticos de enfermagem para as intervenções outrora identificadas.

A otimização do instrumento de registos de enfermagem, utilizado pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz no exercício da prática clínica, foi sugerido pela Enfermeira Chefe, como uma necessidade para o serviço. Assim, e em conjunto com uma colega da mesma unidade de ensino, foi desenvolvido um trabalho - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (Apêndice IV). A sua execução foi baseada na versão portuguesa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0 (CIPE 2.0), no catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Cuidados Paliativos para uma morte digna e na tese de Mestrado «Enfermeiros de Cuidados Paliativos, como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados» realizado por uma enfermeira, chefe de uma equipa do serviço.

A Ordem dos Enfermeiros tem vindo a incrementar indicações no sentido de promover uma correta e normalizada implementação de um Sistema de Informação em Enfermagem

através de um registo de enfermagem uniformizado, ou seja da CIPE (Duarte, 2011). Esta atualização do instrumento de registos de enfermagem, foi considerada pela chefia uma mais valia para o serviço, permitindo registos de enfermagem cada vez mais rigorosos e personalizados, evocando à cientificidade, que resultam numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados e em ganhos em saúde (Pinho, 1997). Foi também sem dúvida um ganho pessoal e profissional, que me permitiu adquirir/aprofundar competências não só em diagnósticos, mas também em intervenções de enfermagem na área de cuidados paliativos, uma vez que foi necessária uma revisão exigente da literatura, como também da CIPE.

CONCLUSÃO

Os estágios são os momentos em que nos é permitido agir segundo uma perspetiva crítico-reflexiva, através da aquisição de competências na área de especialização, sendo isto possível através da identificação de situações, planeamento/implementação de estratégias, realização de atividades que foram descritas e que pretenderam a concretização plena dos objetivos previamente determinados. Cada etapa do meu percurso de ensino/aprendizagem constituiu um desafio, no qual a motivação, a perseverança e empenho estiveram sempre presentes. Cada estágio, dada a dissemelhança entre eles, foram considerados excelentes oportunidades para adquirir/aprofundar conhecimentos e competências, que me permitem, enquanto futura enfermeira especialista, agir com elevado nível de qualidade.

Os cuidados intensivos são baseados em princípios científicos e técnicos, sendo exigidas aos profissionais sólidas competências dada a especificidade e complexidade das situações. A experiência em contexto de cuidados intensivos/intermédios afigurou-se muito importante para o desenvolvimento de mais e melhores competências na área de especialidade médico-cirúrgica. Foi caracterizada pela variedade e complexidade das situações clínicas que requerem aprofundados conhecimentos mas, também, maturidade pessoal e profissional para cuidar de cada pessoa que se encontra a vivenciar complexos processos de situação crítica. Desenvolvi conhecimentos, habilidades e competências de forma a cuidar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Executei cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa com necessidade de técnica dialítica contínua, à pessoa com monitorização *PICCO*, com Choque Séptico e em Falência Multiorgânica.

Em contexto de Paliativos, os cuidados são baseados em princípios científicos e técnicos, mas essencialmente em valores humanos nos quais as competências relacionais assumem considerada importância. Para Watson (2002), teórica central neste contexto, o desenvolvimento de competências relacionais são imprescindíveis para o crescimento de uma relação de ajuda. O acompanhamento da pessoa e família em situação de fim de vida, ou seja de vulnerabilidade, implica um maior envolvimento pessoal para que se possa de fato humanizar qualitativamente os cuidados. A aquisição de conhecimentos, habilidades, e competências tanto pessoais como profissionais, são exigidas dada a complexidade e delicadeza de cada situação vivenciada. Esta experiência foi bastante proveitosa, sendo por um lado caracterizada pela complexidade das situações clínicas e por outro por uma maturidade pessoal e profissional para lidar com o sofrimento. Gostaria de salientar os contributos deste estágio para a minha prática, uma vez que cuido, diariamente, e em diversos contextos, com pessoas em situação terminal, com doenças incuráveis e irreversíveis. Sinto-me mais competente, com mais conhecimento e capaz de tornar o cuidado mais humanizado para dar resposta às necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas e suas famílias.

De uma forma geral e transversal aos módulos de estágio, adquiri, aprofundei e desenvolvi competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na vertente dos cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a análise crítico-reflexiva de situações

complexas. Em suma, foram atingidos os objetivos gerais e específicos propostos e inicialmente delineados nos vários módulos.

As dificuldades sentidas ao longo deste Curso de Mestrado foram algumas, mas sempre encaradas como desafios, pelo que foram superadas. Destaco a dificuldade em conciliar a atividade profissional com os estágios e com o tempo para trabalho autónomo que cada estágio exige. Também nem sempre foi fácil o meu reconhecimento, enquanto estudante da especialidade nos vários serviços onde passei. Contudo, chegando ao fim, considero que fazem parte do processo de aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional.

Gostava de deixar uma sugestão de melhoria, que passa pela orientação nos vários campos de estágio. O fato de não ter sido orientada pela mesma professora, originou alguma instabilidade no decorrer deste percurso. Proponho que em futuros estágios os estudantes sejam orientados pelo mesmo professor, de forma a garantir uma continuidade do projeto, orientadora de um melhor desenvolvimento de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, Costa, Weirich e Bezerra (2005). Gerência dos Serviços de Enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(3), 319-327.
- Almeida, Abreu e Mendes (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, III(2), 163-172.
- Almeida, Chaves e Brito (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência*, II (10).
- Almeida e Ribeiro (2008). Stress dos doentes em cuidados intensivos. *Referência*, 7(II), 79-88.
- Amendoeira (2005). Entrevista. *Sinais Vitais*, 63, 5-12.
- Amendoeira (1999). *Do meu doente aos doentes do serviço. Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinaridade*. Dissertação apresentada a concurso para Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Santarém.
- Amorim (2005). *A Necessidade do serviço humanizado na hotelaria hospitalar*. Monografia apresentada à Faculdade de Alagoas para obtenção do grau de especialista, orientada por Andréa Pacífico, Maceió. [on line] Disponível em WWW:<URL:[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/d086c43daf01071b03256ebe004897a0/a6dd217b8bb655f0032570d1007ff7b4/\\$FILE/NT000AD686.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/d086c43daf01071b03256ebe004897a0/a6dd217b8bb655f0032570d1007ff7b4/$FILE/NT000AD686.pdf)>
- Apóstolo (2007). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. Dissertação apresentada ao ICBAS – Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor, orientada por Zaida Azeredo, Porto.
- Aranha, et al. (2009). *Trato Respiratório: critérios nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à saúde*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasil. [on line] Disponível em http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/criterios_infeccao_trato_respiratorio.pdf
- Araújo e Silva (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3).
- Araújo e Silva (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4).
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados paliativos – Recomendações da ANCP*. [on line] Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf
- Barbosa e Neto (2006) – Manual de Cuidados Paliativos. *Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Lisboa.
- Barnett, et al. (2002). *Reducing Patients falls project*. [on line] Disponível em <http://www.premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/E-14-falls-project-uk.pdf>
- Batalden e Stoltz (1993). A Framework for the continual improvement of Health care. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 19, 424-447.
- Beattie (2006). Hands-on help: Post – Mortem Care. *Acute Care Focus*, 69(10).
- Benner (2001). Do iniciado a perito. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Borges, Freitas e Gurgel (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 113-126.

- Bottega e Fontana (2010). A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto*, 19(2), 283-290.
- Breitbart, *et al.* (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for Patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(12), 1304-1309.
- Broome (2000). *Concept development in nursing. Foundations, techniques and applications*. Philadelphia, USA: Sanders.
- Bruera, *et al.* (2007). A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer Patients. *Palliative Medicine*, 21, 501-505.
- Buckman (1994). *How to break bad news – a guide for Health care professionals*. London, UK: PanBooks.
- Camilote e Lacerda (2006). Comunicação não-verbal com pacientes sob ventilação invasiva. *Revista Enfermagem UNISA*, 7, 60-67.
- Campos, Borges e Portugal (2009). *Governança dos Hospitais*. Alfragide, Portugal: Casa das Letras.
- Carneiro (2009). *Motivação dos Enfermeiros: relação com o comportamento do chefe de equipa*. Dissertação apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro para obtenção do grau de Mestre, orientada por Cristina Antunes, Vila Real. [on line] Disponível em http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/5111/1/msc_mefcarneiro.pdf
- Carvalho, *et al.* (2005). *Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária*. II Seminário Nacional: Estado e Políticas sociais no Brasil. [on line] Disponível em WWW:<URL:[http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf)
- CHKS (2009). Accredited facilities. [on line] Disponível em <http://www.chks.co.uk/index.php?id=532>
- Craig e Rosalind (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Lusociência.
- CRD – Systematic Reviews (2009). *CRD'S guidance for undertaking reviews in health care*. York, England: Universidade de York.
- Curtis e O'Connell (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5), 32-35.
- Curtis, Sheerin e Vries (2011). Developing leadership in nursing: the impact of education and training. *British Journal of Nursing*, 20(6), 344-352.
- Decesaro e Padilha (2001). Queda: comportamentos negativos de Enfermagem e consequências para o doente durante o período de internamento na UTI. *Arquivos da Ciência Unipar*, 115-125.
- Decreto Lei nº 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde.
- Decreto Lei nº 74/2006, de 24 de Março no Artigo 45º - Regulamento de creditação de competências académicas.
- Decreto Lei nº161/96 de 4 de Setembro - Regime Jurídico do Exercício de Enfermagem.

- Decreto Lei nº161/96 de 4 de Setembro - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.
- Decreto Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro de 2009 - Código Deontológico do Enfermeiro.
- Deodato (2010). Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Doutor, orientada por Lucília Nunes, Lisboa.
- Despacho n.º 18 459/2006 do Gabinete do Ministro da Saúde publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 176 de 12 de Setembro de 2006.
- Despacho n.º 727/2007 do Gabinete do Ministro da Saúde publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10 de 15 de Janeiro de 2007.
- Dias (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista. *Rev Port Med Int*, 17(1), 47-53.
- Dias, Mendes, Mourinho, Carreira, Nunes e Ferreira (2001). Registos de Enfermagem. *Revista Servir*, 49(6), 267-271.
- Diógenes e Pagliuca (2003). Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24(3). 286-93.
- Direção Geral de Saúde. *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. [on line] Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa.
- Duarte (2011). Notas de Enfermagem/Dietética – Levantamento de Processos no Hospital da Prelada. Dissertação apresentada à Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre, orientada por António Brito, Porto. [on line] Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/58142/1/000145928.pdf>
- Estevens (2003). A comunicação enfermeiro/doente na UCI. *Revista Enformação*. 20-23.
- European Organization for Quality (2010). *About EOQ*. [on line] Disponível em <http://www.eoq.org/index.php?id=427>
- Fernandes (2000). *Acerca da Surdez Social e Cultural: Perspectivas na Integração da Pessoa Surda*. Colectânea Bioética Hoje-II. Coimbra, Portugal: Gráfica Coimbra.
- Ferreira, et al. (s/d). Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para a população portuguesa. *Cadernos de saúde*, 3(2), 13-19.
- Fontes e Jaques (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc Cuid Saude*, 6(2), 481-487.
- França (2006). *A Acreditação em Saúde. Risco Clínico – Complexidade e Performance*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Galinha (2009). *Mediar para cuidar: as atitudes dos enfermeiros num serviço de urgência na relação com a família do utente. Da investigação à prática de enfermagem*. Porto, Portugal: Linha de investigação de enfermagem da família.
- Galvão, Sawada e Mendes (2003). A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*, 37(4), 43-50.

- Garcés, Victorino e Veronese (2007). Anticoagulação em terapias contínuas de substituição renal. *Rev. Assoc Med Bras*, 53(5), 451-455.
- Gomes, Silva e Mota (2008). Comunicação do Diagnóstico de Câncer: análise do comportamento médico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(2), 139-143.
- Gomes e Oliveira (2004). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 39(2), 145-153.
- Gonçalves (2008). *Estilos de Liderança: um estudo de auto-percepção de enfermeiros gestores*. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Mestre, orientada por Ana Salazar e António Cardoso, Porto. [on line] Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1063/3/marianarcisagoncalves.pdf>
- Griffiths e Bongers (2005). Nutrition support for Patients in the intensive care unit. *Postgrad Med J*, 81, 629-636.
- Hendrich (2006). Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*, 26-30.
- Hernández e Matienzo (2009). Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal medico. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 9(2).
- Jesus e Said (2008). Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. *Cogitare Enferm.*, 13(3), 410-421.
- Jiménez, Cesar e Flores (2009). Cuidados de Enfermería a pacientes con monitorización PICCO. *NURE INV*, 6(39), 1-9.
- José (2008). *Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Tese apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Universidade de Lisboa para obtenção do grau de Doutor, orientada por Marta Lima Basto e Luís Neto, Lisboa.
- Kérourac, et al. (2007). *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona, Espanha: Elsevier Masson.
- Kershaw e Salvage (1988). *Modelos de Enfermeria*. Barcelona, Espanha: Ediciones Doyma.
- Kim (2012). The Impact of Human Resource Management on State Government IT Employee Turnover Intentions. *Public Personnel Management*, 41(2), 257-279.
- Kolcaba (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for holistic Health care and research*. New York, USA: Springer.
- Kristianson (2001). *Establishing Goals: Communication traps and treatment lane changes*. Textbook of Palliative Nursing. Oxford, England: Oxford University Press.
- Kurihayashi, Caruso e Soriano (2009). Terapia nutricional parenteral em UTI: aplicação dos indicadores de qualidade. *O Mundo da Saúde*, 33(4), 480-487.
- Lazure (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Leal (2003) – Transmissão de más notícias. *Rev. Port. Clin. Geral*, 19, 40-3.
- Lin e Cohen (2005). Early nutritional support for the ICU patient: does it matter? *Contemporary Critical Care*, 2(9), 1-10.
- Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa e Caprara (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Rio de Janeiro. *Rev.Bras.Educ.Med*, 35(1).

- Lourenço (2006). *Um olhar sobre a comunicação humana: reflexão sobre algumas formas de intervenção nos quadros de doença crítica*. Trabalho realizado no âmbito do Programa de Doutoramento em Saúde Mental do ICBAS – Universidade do Porto.
- Maicá e Schweigert (2008). Avaliação nutricional em pacientes graves. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3).
- Martins e Dias (2010). *Representação socioprofissional dos enfermeiros – percepção dos utentes*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. [on line] Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/307/1/Representação%20socioprofissional%20dos%20enfermeiros%20-%20percepção%20dos%20utes.pdf>
- Martins, Ribeiro e Garrett (2004). Questionário de Avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, 11.
- Matos e Sobral (2010). Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Rev Port Med Int*, 17(1), 61-65.
- Maximiano (2005). *A teoria geral da administração: da revolução urbana à digital*. (5.^a ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Meleis (1997). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (3.^a ed.). Philadelphia, USA: Lippincott-Raven Publishers.
- Mezomo (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos* (1.^a ed.). São Paulo, Brasil: Manole.
- Morse (2000). On confort and comforting. *American Journal of Nursing*. 100(9), 34-38.
- Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel (2010). Os profissionais de saúde e a má notícia. *Cad. Pesq. São Luís*, 17(3), 47-56.
- Moura, et al. (2009). *Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1), 136-140.
- Mourão, Albuquerque, Silva, Oliveira e Fernandes (2009). Comunicação em Enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Rev. Rene*, 10(3), 139-145.
- Nascimento, Toffoletto, Gonçalves, Freitas e Padilha (2008). Indicadores de resultado da Assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(4).
- National Patient Safety Agency (2007). *The third report from the patient safety observatory – slips, trips and falls in hospital*.
- Needleman (2002). A guide to systematic reviews. *Journal of Clinical Periodontolog*, 29(3), 6-9.
- Neto (2003). A Conferência Familiar como instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 68-74.
- Novais (2003). A dualidade de ter e ser corpo. *Pensar enfermagem*, 1, 13-21.
- Oliveira (2008). Desenvolvimento da qualidade requer definição política. *Jornal Médico de Família*, 1(55), 2-4.
- Oliveira, Ferreira, Alfaiate, Silva e Matos (2008). Os enfermeiros perante a morte: Nurses and death. *Revista Nursing*, 30-36.

- Oliveira, Fernandes, Vilar, Figueiredo, Santos e Andrade (2009). *Atitudes do Enfermeiro face à família nos CSP - Validação da escala IFCE. Da Investigação à prática de Enfermagem*. Porto, Portugal: Linha de investigação de Enfermagem da Família.
- Oliveira e Silva (2010). Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *Acta Paul. Enferm.*, 23(3), 212-7.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. [on line] Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2 Maio2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa prática de cuidados de Enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Cadernos da OE. Série I(2).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.
- Pancorbo-Hidalgo (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer Prevention: a systematic review. *J Adv Nurs*, 54(1), 94-110.
- Parece (2010). *Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados Post Mortem em unidades de medicina*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa para obtenção do grau de Mestre, orientada por Clara Saraiva e António Barbosa, Lisboa.
- Patak, et al. (2004) *Patient's reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation*. [Online] Disponível em www.heartandlung.org.
- Pereira (2005). Má notícia em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enferm.*, 14(1), 33-37.
- Pereira (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Pereira (2009). Comunicar o fim de vida... o papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. *Revista Enformação*, 12, 14-7.
- Pessini e Bertachini (2004). *Humanização e cuidados paliativos* (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Loyola.
- Phaneuf (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Comunicação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Phipps, Sands e Marek (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica, volume IV*. (6ªed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Pinho (1997). Objectividade e subjectividade dos registos de enfermagem. *Revista Informar*, 11(4).
- Portal e Magalhães (2008). Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, 29(2), 246-253.
- Potter e Perry (2006). Princípios do cuidar: perda e luto. *Fundamentos de Enfermagem* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

- Ramos (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas*. Lisboa, Portugal: Editora Universitária UFPB.
- Ramos (2009). Anticoagulação com Citrato nas Técnicas de Substituição Renal Contínuas. *Rev Port Med Int*, 16(2), 39-44.
- Regulamento Interno do Hospital Garcia de Orta, EPE homologado em 24 de Agosto de 2007.
- Reis e Rodrigues (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no Ensino de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Rocha (2003). Repensar o ensino de enfermagem para enfrentar os novos desafios da Bioética. Dissertação apresentada à Universidade do Porto – Faculdade de Medicina para obtenção do grau de Mestre, sob orientação de Margarida Vieira, Porto.
- Rogers (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science. Quarterly*, 5(1), 27-34.
- Rosário (2009). *Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta para obtenção do grau de Mestre, sob a orientação de Natália Ramos, Lisboa.
- Sakata, Hisatugo, Aoki, Vlainich e Issy (2003). Avaliação da dor. Rio de Janeiro, Brasil: SAERJ.
- Sandroni, *et al.* (2007). In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med*, 33(2), 237-245.
- Santos (2001). Ética nas Unidades de Cuidados Intensivos. Novos desafios à Bioética. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Santos, *et al.* (2007). Prevención de caídas – estratégias de intervención. *Revista de Enfermería*, 9, 54-58.
- Santos, Pimenta e Nobre (2007). The pico strategy for the research question construction and evidence search. *Rev.Latino-am. Enfermagem*, 508-511.
- Sequeira (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto.
- Sikula (1976). *Personnel Administration and human resources management*. New York, USA: John Wiley&Sons.
- Silva (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Rev.Bras. Enferm*, 58(4), 476-480.
- Silva (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53.
- Simões, Alarcão e Costa (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, II(6), 91-108.
- Sousa (2012). *A prática baseada em evidência: uma metodologia fundamental para os alunos de Enfermagem*. Projeto de investigação apresentado à Universidade Fernando Pessoa, para obtenção do Grau de Licenciatura, orientada por Paulo Poças, Porto.
- Sousa, Santos e Silva (2006). Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 59(3).
- Sousa e Silva (2005). Mensurando dor. *Revista Dor*, 6(4), 680-687.
- Souza (2008). Cuidados paliativos e família. *Rev. Ciênc.Méd. Campinas*, 17(1), 33-42.

- Tavares (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: abordagem do doente crítico em contexto de prática clínica*. Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre, orientada por Lúcia Rocha, Porto.
- Tronchin, *et al.* (2006). *Indicadores de qualidade em enfermagem – uma experiencia compartilhada entre instituições integrantes do programa qualidade hospitalar* [on line] Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/17682823/Indicadores-de-qualidade-em-saude>
- Twycross (2003). *Cuidados Paliativos* (2.ªed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Universidade Católica Portuguesa (2012). *Guia de Estágio*. Lisboa, Portugal.
- Veloso, Aguiar, Freitas, Rabelo e Pinheiro (2003). Diante da Morte: vivencia de enfermeiras de uma U.T.I. Neonatológica. [on line] Disponível em <http://200.222.60.171/PDF/diante%20da%20morte%20vivencias%20de%20enfermeiras.pdf>
- Vieira (2009). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Viganò, *et al.* (2000). Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. *Palliat Med.*, 14(5), 363-74.
- WHO (2012). [on line] Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
- Waldow (1998). *Examinando o conhecimento na enfermagem. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Walsh e Mcgoldrick (1998). *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas. [online] Disponível em URL: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
- Watson (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

ANEXOS

Anexo I - Decúbito Dorsal em Cama de *Stryker*

- Explicar clara e sucintamente todo o procedimento à pessoa para que possa colaborar na realização dos procedimentos e na manutenção do alinhamento da coluna;
- Colocar, se necessário, superfícies redutoras de pressão (almofadas de gel) na região occipital, sacrococcígea, cotovelos, mantendo sempre o eixo de tração;
- Posicionar a pessoa em decúbito dorsal, no centro do colchão, sobre o tabuleiro dorsal da cama, com a coluna alinhada seguindo o eixo axial imaginário traçado pela tração que passa pela ponta do nariz, umbigo e termina entre os membros inferiores;
- Colocar apoios laterais móveis;
- Apoiar os membros superiores nos apoios laterais móveis de braços, em ligeira abdução e flexão do cotovelo, com as mãos apoiadas e o polegar em posição funcional, em particular se a pessoa apresenta défices motores e/ou sensitivos a este nível;
- Colocar os antebraços sobre uma almofada pequena que os eleve a um nível superior ao dos braços para prevenção de edema, com o cotovelo livre, podendo fazer-se uma ligeira flexão do mesmo, em particular se a pessoa apresenta défices motores e/ou sensitivos a este nível;
- Colocar os membros inferiores em extensão, caso a pessoa apresente défices neurológicos a este nível, com almofadas pequenas sob a região trocantérica, de modo a prevenir a rotação externa;
- Pedir à pessoa para evitar movimentos de flexão e/ou rotação da região cervical;
- Solicitar à pessoa, se esta não apresentar défices motores ao nível dos membros inferiores, para evitar movimentos de rotação do corpo e movimentos que promovam a progressão do corpo no sentido cefálico, de forma a não anular a força exercida pela tração.

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2009)

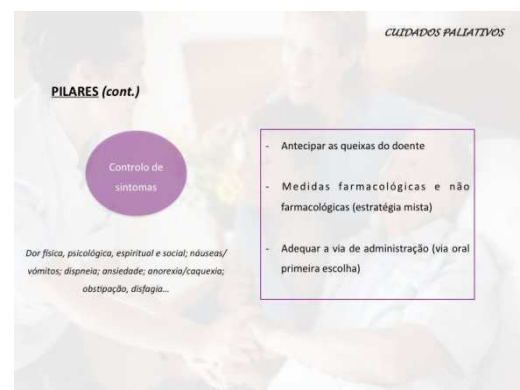
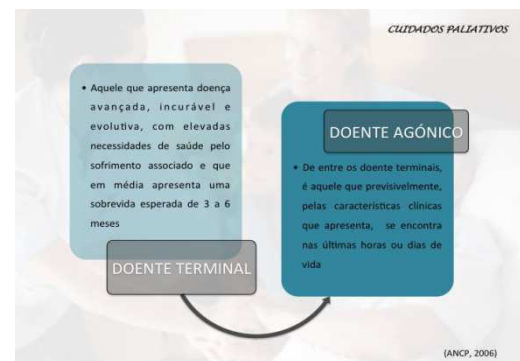
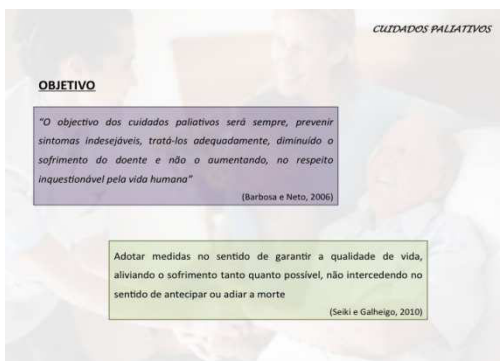
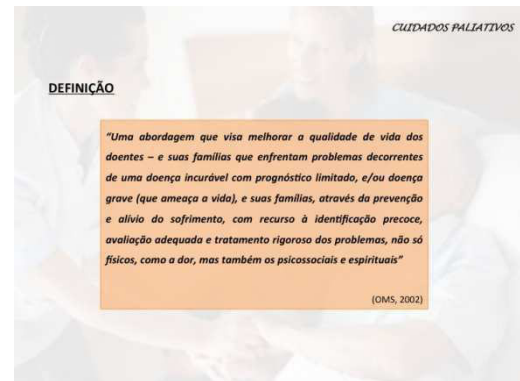
Anexo II - Decúbito Ventral em Cama de *Stryker*

- Explicar à pessoa o procedimento a que vai ser submetida;
- Retirar apoios laterais móveis de braços;
- Posicionar a pessoa com os membros inferiores em extensão e os membros superiores junto ao corpo, com as palmas das mãos debaixo das coxas;
- Colocar, se necessário, superfícies redutoras de pressão (almofadas de gel) na região frontal, ombros, cristas ilíacas e joelhos, mantendo sempre o eixo de tração;
- Colocar o tabuleiro ventral em cima da pessoa e fixá-lo à base da cama, assegurando que os ombros serão apoiados pelo tabuleiro superior e a região frontal pelo apoio específico;
- Reposicionar sistemas de drenagem de modo a permitir a rotação dos tabuleiros;
- Adaptar o arco, fechá-lo e travá-lo;
- Retirar o espigão do sistema de segurança, travão do plano da cama;
- Rodar lateralmente e de forma contínua os tabuleiros da cama, até travar o arco;
- Colocar o espigão do sistema de segurança, destravar o arco e retirá-lo;
- Retirar o tabuleiro dorsal de cima da pessoa e posicioná-la em decúbito ventral, atendendo ao alinhamento da coluna;
- Colocar apoios laterais móveis de braços;
- Apoiar os membros superiores em abdução, flexão do cotovelo, com as mãos apoiadas e o polegar em posição funcional nos apoios laterais móveis de braços, em particular se a pessoa apresenta défices motores e/ou sensitivos a este nível;
- Confirmar se a pessoa se encontra confortável;
- Pedir à pessoa para evitar movimentos de flexão e/ou rotação da região cervical;
- Solicitar à pessoa, se esta não apresentar défices motores ao nível dos membros inferiores, para evitar movimentos de rotação do corpo e movimentos que promovam a progressão do corpo no sentido cefálico, de forma a não anular a força exercida pela tração;
- Acordar o período de decúbito ventral, atendendo à tolerância da pessoa e aos cuidados a prestar.

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2009)

APÊNDICES

Apêndice I - Formação em Serviço: Cuidados Paliativos



CUIDADOS PALIATIVOS

PILARES (cont.)

Comunicação adequada

Protocolo de Buckman (1992)

1. Conseguir um ambiente correto
2. Descobrir o que o doente já sabe
3. Descobrir o que o doente quer saber
4. Partilhar a informação
5. Responder as reações do doente
6. Planear e acompanhar

"Os objectivos da boa comunicação são diminuir a incerteza, melhorar os relacionamentos e mostrar ao doente e família um sentido/direção"
(Twycross, 2003)

CUIDADOS PALIATIVOS

PILARES (cont.)

Apoio à família

- Escuta activa
- Relação baseada na verdade e confiança
- Conferências Familiares

"A doença de um membro da família é também uma doença familiar pelo que para a equipa terapêutica o doente e a família constituem a unidade a tratar"
(Barbosa e Neto, 2006)

CUIDADOS PALIATIVOS

CONFERÊNCIAS FAMILIARES

É fundamental avaliar as necessidades da família/cuidadores:

- Informação honesta
- Respeito pelas crenças e valores
- Participação nos cuidados
- Expressar sentimentos

PLANO DE CUIDADOS

Adaptação emocional

Capacitação

Preparação para perda

(Neto, 2003)

CUIDADOS PALIATIVOS

PILARES (cont.)

Trabalho em equipa

- Propósito partilhado
- Empowerment

Requer uma abordagem transdisciplinar

(Barbosa e Neto, 2006)

CUIDADOS PALIATIVOS

CASOS PRÁTICOS

Problema: Dispneia com Respiração ruidosa

Objetivos → Diminuir a perceção da dificuldade respiratória por parte do doente

↓

Diminuição da frequência respiratória e do esforço ventilatório

↓

Medidas farmacológicas - Fármaco 1º escolha:
Morfina (PO Rectal ou SC)

(Barbosa e Neto, 2006)

CUIDADOS PALIATIVOS

(Barbosa e Neto, 2006)

CASOS PRÁTICOS

Problema: Dor

Objetivo →

Controlo da dor é **PRIORIDADE!**

- Causas de dor podem ser múltiplas (na mobilização ou na realização de tratamentos)
- Doente não vai conseguir expressar a sua dor

A depressão respiratória não é uma preocupação quando os opióides são iniciados em doses apropriadas e titulados de acordo com as diretrizes. Há uma maior necessidade de maior formação por parte dos profissionais de saúde!

(Barbosa e Neto, 2006)

CUIDADOS PALIATIVOS

CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Maior sobrevivência de doentes com doenças crónicas → Avanços na medicina/tecnológicos

Aumento do número de doentes em situação de fim de vida que recebem cuidados invasivos (Urgências)

PROBLEMAS

Clínicos

Sociais

Económicos (custos desnecessários)

(Lepine e Pazos, 2007)

CUIDADOS PALIATIVOS

ASSIM SENDO....

os Serviços de Urgência podem servir como meio de ligação de forma a identificar doentes com necessidade de cuidados paliativos, principalmente no fim de vida, quando a sobrecarga dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais pode ser alta e o stress dos cuidadores elevado

É altamente recomendado o desenvolvimento de ferramentas de teste em contexto de Urgência

↓

Identificar intervenções multidisciplinares para gerir o sofrimento dos doentes e famílias

(Smith et al., 2009; Lepine e Pazos, 2007)



CUIDADOS PALIATIVOS

Dificuldades no desenvolvimento das intervenções:

Dificuldades no desenvolvimento das intervenções	Intervenção	Idade	Enfrentar a fase final de vida	Comunicação do	
			Formação	Formação	
		Organização	Falta de observação sobre o tema		
			Falta de acompanhamento		
			Desempenhamento dos Serviços	Condições físicas	Falta de estruturação
			Falta de condições	Recursos humanos	Atitude de observação
					Sobrecarga de trabalho
					Tempos
Intervenção			Falta de Adequação Multidisciplinar	Recursos materiais	
			Alteração de prioridades de intervenção		
			Fase em que o doente se encontra		
			Estado do doente		

(Veiga et al., 2009)

CUIDADOS PALIATIVOS

Soluções sugeridas:

Soluções	Acompanhamento	Familiar
		Religioso
	Encaminhamento	
	Espaco físico	
	Gestão e administração	Ouvir os enfermeiros
	Recursos humanos	Enfermeiro específico
		Formação
		Intervenção multidisciplinar
Reflexão e troca experiências		
Sensibilização		
Tempo		
	Uniformização da tomada de decisão	

(Veiga et al., 2009)

CUIDADOS PALIATIVOS

"(...) os enfermeiros estão sensibilizados para a fase final de vida dos doentes, preocupando-se e enfatizando as suas intervenções, essencialmente, na dimensão relacional e no combate à dor".

"Em relação ao encaminhamento destes doentes, fica no ar a ideia que os mesmos defendem que estes não devem permanecer no serviço de urgência".

(Veiga et al., 2009, p.55)

CUIDADOS PALIATIVOS

CONCLUINDO ...

"Dada a irreversibilidade da situação, é pretendida uma reavaliação dos objetivos terapêuticos e uma redefinição do plano de atuação. No centro de todas as medidas a adotar está a garantia do conforto do doente e família e a possibilidade de proporcionar uma morte digna, serena"


(Barbosa e Neto, 2006)

CUIDADOS PALIATIVOS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANCP (2008). *Recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em http://www.ancp.org.pt/Uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_servicos.pdf
- Barbosa, A. E Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Centro de Biética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health care professionals*. Baltimore: Ed. John Hopkins
- DGS (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*
- Doyle, D. et al. (2004). *Oxford textbook of palliative medicine* (3ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Neto, I. (2009). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 68-74.
- Lepine e Passos. (2007). Assistência médica e de enfermagem ao paciente que vai a falecer em urgência. *Emergências*, 19, 201-210.
- Teyssie, R. (2003) *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Climepsi Editores: Lisboa
- Veiga et al. (2009) *Pessoa em fase final de vida: Que intervenções de enfermagem no serviço de urgência*. II (10), 47-56.
- Seix, N. e Galhegos, M. (2009). O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Comunicação, Saúde, Educação*, (14) 33, 275-284.
- Smith, et al. (2009). Emergency department experiences of acutely symptomatic patients with terminal illness and their family caregivers. *BMJ PA. Authorisemanager*, 35, 975-981.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*, 2ª ed. Geneva: OMS

Apêndice II - Procedimento Sectorial sobre «Sistemas de Oxigénio Terapêutico»

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

APROVAÇÃO

1 OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos relativos aos sistemas de oxigénio terapêutico ao doente na UCIP 1.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todos os enfermeiros e médicos da UCIP 1.

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: coordenador da unidade; Enfermeira chefe e equipa de enfermagem da UCIP 1.

3.2 Pela revisão do procedimento: direcção da área de urgência e cuidados intensivos.

4 DEFINIÇÕES

Hipóxia: redução da taxa de O₂ distribuída aos tecidos pelo sangue.


Hipoxémia: A hipoxémia é determinada pela diminuição da PaO₂ no sangue arterial.

Oxigenoterapia: administração de O₂ acima da concentração do ar ambiente (21%), com o objetivo de prevenir ou corrigir a hipóxia, mantendo uma oxigenação adequada dos tecidos.

Sistemas de administração de O₂ de baixo débito/fluxo: Fornecem concentrações variadas de O₂, uma vez que a FiO₂ é variável, dependendo da frequência respiratória, volume corrente e fluxo em litros – sonda/cânula binasal e máscara facial simples

ELABORAÇÃO	
Enfª Luisa Mendonça	_____
Enfª Joana Fernandes (aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica)	_____
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

Sistemas de administração de O₂ de alto débito/fluxo: Método mais preciso de controlo da FiO₂ que é predeterminada, independentemente do volume corrente ou do padrão respiratório – máscara de Venturi e máscara com reservatório.

Humidificação: aumento do teor de humidade do ar inspirado. Em situações em que se verifica a necessidade de altas concentrações de O₂, é fundamental a humidificação, pois realiza a função das vias aéreas superiores (aquecer e humidificar o ar inalado), a eliminação das secreções bem como na prevenção de atelectasias e infeções brônquicas.

Indicações da oxigenoterapia, segundo a *“American Association for Respiratory Care”* (AARC):

- PaO₂ <60 mmHg ou Saturação periférica de O₂ <90% (em ar ambiente)
- Saturação periférica de O₂ <88% durante a deambulação, exercício ou sono em portadores de doenças cardiorrespiratórias
- Enfarte Agudo do Miocárdio
- Intoxicação por gases (monóxido de carbono)
- Intoxicação por cianeto

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

CO₂ – dióxido de carbono
DPOC – Doença Pulmular Obstrutiva Crónica
FiO₂ – fração de oxigénio inspirado
L/min – litros por minuto
O₂ – oxigénio
PaO₂ – pressão parcial de oxigénio no sangue arterial


6 REFERÊNCIAS

AARC. (2002). Clinical Practice Guideline.

British Thoracic Society. (2008). Guideline for Emergency Oxygen Use in Adult Patients: executive summary.

ELABORAÇÃO	
Enfª Luísa Mendonça	_____
Enfª Joana Fernandes (aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica)	_____
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	


 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

Campbel, E.; Baker, M.; Silver, P. (2011). Subjective effects of humidification of oxygen for delivery by nasal cânula. A prospective study. Chest, 93(2), 289-293.

Wright, K. (2006). Humidification Via a Tracheostomy Tube. Liverpool Health Service

ELABORAÇÃO		
Enfª Luísa Mendonça	_____	
Enfª Joana Fernandes (aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica)	_____	
VERIFICAÇÃO		
CQSD	_____	

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	2012	2015	

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2011:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS









7 DESCRIÇÃO

Cânula binasal: duas projeções que se adaptam à entrada das narinas. Utilizado quando o doente requer uma concentração baixa ou média de O₂, para a qual não é necessária uma precisão na concentração de O₂ administrado. Aporte máximo de O₂ de 5L/min. A administração de O₂ humidificado (através dos humidificadores descartáveis) devem ser utilizados apenas para concentrações acima dos 4 L/min.

Vantagens: Mais confortável e habitualmente bem tolerados, permitem manter as atividades como comer/ beber, falar ou tossir sem interromper o fluxo de O₂.

Desvantagens: a percentagem de O₂ é variável sendo por isso pouco fiável; são facilmente deslocados/retirados por uma pessoa agitada; seca a mucosa nasal.

Cuidados:


-  Explicar ao doente o procedimento e a sua necessidade;
-  Realizar ensino ao doente sobre respiração eficaz, garantindo que inspira pelo nariz e expira pela boca;
-  Lavar as mãos;
-  Colocar o cateter e adaptá-lo às narinas do doente;
-  Trocar a cânula binasal de 8/8 dias;
-  Higiene oral e mucosa nasal;
-  Reforçar a hidratação;
-  Vigiar a integridade cutânea, nas zonas de maior pressão deste sistema (narinas, região posterior da orelha).

Sonda Nasal: a medição faz-se desde a asa do nariz e o lóbulo da orelha, sendo que a sua introdução é feita às cegas. A administração de O₂ humidificado (através dos humidificadores descartáveis) devem ser utilizados apenas para concentrações acima dos 4 L/min.

Vantagens: permitem manter as atividades como comer/ beber, falar ou tossir sem interromper o fluxo de O₂.

Desvantagens: a percentagem de O₂ é variável sendo por isso pouco fiável; é facilmente deslocada/retirada por uma pessoa agitada; seca a mucosa nasal.










EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

Concentrações de O₂ e fluxo correspondente

1 L/min	24%
2 L/min	28%
3 L/min	32%
4 L/min	36%
5 L/min	40%

Cuidados:

-  Explicar ao doente o procedimento e a sua necessidade;
-  Realizar ensino ao doente sobre respiração eficaz, garantindo que inspira pelo nariz e expira pela boca;
-  Selecionar o calibre da sonda de acordo com as características da narina do doente;
-  Lavar as mãos;
-  Introduzir a sonda e fixá-la com adesivo;
-  Substituir a sonda diariamente e sempre que necessário, alternando o local de colocação da mesma, evitando lesões da mucosa e obstrução da sonda por secreções;
-  Substituir diariamente e sempre que necessário o adesivo de fixação da sonda, alternando o local de fixação, evitando o aparecimento de zonas de pressão;
-  Higiene oral e mucosa nasal;
-  Reforçar a hidratação.

Máscara Facial Simples: deve cobrir a boca e o nariz. Nunca deve ser colocado menos de 5 L/min para evitar a inalação de CO₂ expirado. Fornece um aporte máximo até 10 L/min. O corpo da máscara acumula O₂ entre as inspirações, sendo que as expirações são realizadas através de orifícios laterais, próprios para o efeito. A humificação do O₂ deve ser realizada sempre, devido ao fluxo a partir de 5L/min.


Vantagens: permite aporte de O₂ eficaz em casos do doente não conseguir inspirar pelo nariz;

Desvantagens: pode causar sensação de claustrofobia; a percentagem de O₂ é variável sendo por isso pouco fiável; não permitem manter as atividades como comer/beber, falar ou tossir sem interromper o fluxo de O₂.

Concentrações de O₂ e fluxo correspondente


5-6 L/min	40%
6-7 L/min	50%
7-8 L/min	60%

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

A substituição dos humidificadores de oxigénio descartável nas unidades é diária, devendo ser antecedida da confirmação do débito de O₂ prescrito, pois o mesmo poderá ter sido alterado, não se justificando a sua utilização.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

Cuidados:

- ✎ Explicar ao doente o procedimento e a sua necessidade;
- ✎ Lavar as mãos;
- ✎ Colocar a máscara na face do doente ajustando a fita elástica, de forma a que a máscara fique bem adaptada e confortável;
- ✎ Vigiar a integridade cutânea;
- ✎ Higiene oral e mucosa nasal;
- ✎ Reforçar a hidratação;
- ✎ Hidratar os lábios com vaselina purificada.

Máscara de Alto Fluxo/ com Reservatório: impede a reinalação do O_2 através de válvulas unidireccionais. Numa inspiração, as válvulas expiratórias fecham-se, ao mesmo tempo que a válvula inspiratória, que se encontra no topo do reservatório, abre-se fornecendo O_2 . Na expiração, devido à pressão positiva que é exercida, a válvula inspiratória fecha-se, impedindo que o ar entre no reservatório e as válvulas expiratórias abrem-se permitindo a eliminação do ar para a atmosfera. Fornecem concentrações de O_2 de 10 a 15 L/min. A humificação do O_2 deve ser sempre cumprida, devido às altas concentrações de O_2 que se fornece com este tipo de máscaras.

Vantagens: controlo mais preciso e constante da FiO_2 que é predeterminada, independentemente do volume corrente ou do padrão respiratório; útil para obter altas concentrações de O_2 em curto espaço de tempo.


Desvantagens: não permitem manter as atividades como comer/ beber, falar ou tossir sem interromper o fluxo de O_2 ; seca a mucosa nasal e oral. Nos doentes com DPOC a alta concentração de O_2 pode provocar depressão do centro respiratório e conduzir a insuficiência respiratória aguda por diminuir o nível de CO_2 a que o doente está habituado.

Cuidados:

- ✎ Explicar ao doente o procedimento e a sua necessidade;
- ✎ Lavar as mãos;
- ✎ Colocar a máscara na face do doente ajustando a fita elástica, de forma a que a máscara fique bem adaptada e confortável, com o respetivo adaptador;
- ✎ Vigiar a integridade cutânea;
- ✎ Higiene oral e mucosa nasal;
- ✎ Reforçar a hidratação;
- ✎ Hidratar os lábios com vaselina purificada.

Máscara de Venturi: nestas máscaras o O_2 entra por um orifício. Quanto maior for o diâmetro desse orifício, maior é a velocidade do fluxo e a quantidade de ar inspirado. O FiO_2 é regulado por um adaptador que é trocado consoante a necessidade de O_2 . A

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial UCIP – 1	COD.0000
	Sistemas de Oxigénio Terapêutico	

administração de O₂ humidificado (através dos humidificadores descartáveis) devem ser utilizados com FiO₂ > 40%.








Concentrações de O₂ e fluxo sugerido

24%	3 L/min
28%	6 L/min
31%	8 L/min
35%	12 L/min
40%	15 L/min
40%	15 L/min

Vantagens: controlo mais preciso e constante da FiO₂ que é predeterminada, independentemente do volume corrente ou do padrão respiratório; útil para as necessidades de concentrações de O₂ específicas.

Desvantagens: não permitem manter as atividades como comer/ beber, falar ou tossir sem interromper o fluxo de O₂; seca a mucosa nasal e oral.

Cuidados:

-  Explicar ao doente o procedimento e a sua necessidade;
-  Lavar as mãos;
-  Colocar a máscara na face do doente ajustando a fita elástica, de forma a que a máscara fique bem adaptada e confortável, com o respetivo adaptador;
-  Vigiar a integridade cutânea;
-  Higiene oral e mucosa nasal;
-  Reforçar a hidratação;
-  Hidratar os lábios com vaselina purificada.

A humidificação do oxigénio não tem quaisquer benefícios em fluxos baixos, não sendo descritas evidências sobre a sua utilização. A administração de O₂ humidificado (através dos humidificadores descartáveis) devem ser utilizados em casos de concentrações elevadas, entendendo-se portanto, acima dos 4 L/min por cânula binasal e com FiO₂ > 40% para máscaras de Venturi.

A administração de O₂ no transporte da pessoa crítica (realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência de serviço) é feita através de balas de oxigénio portáteis, que devem ser montadas sem humidificador de oxigénio descartável. Caso seja necessário, deverá ser montado na altura, sendo de utilização exclusiva dessa pessoa.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

Análise do Artigo: “*Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer*”

Autores:

William Breitbart; Shannon Poppito; Barry Rosenfeld; Andrew Vickers; Yuelin Li; Jennifer Abbey; Megan Olden; Hayley Pessin; Wendy Lichtenthal; Daniel Sjoberg; Barrie Cassileth

Objectivo:

Foi desenvolvida a psicoterapia individual centrada no sentido da vida (IMCP) para se encarregar de pequenas intervenções com o objectivo de proporcionar aos doentes com cancro em estado avançado, o bem-estar espiritual e o sentido de vida (adaptada do MCGP).

Amostra e Método:

Os pacientes foram escolhidos do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center entre Julho 2004 e Setembro 2006. Critério de elegibilidade: diagnóstico de nível III ou IV de cancro com tumor sólido ou linfomas não-Hodgkins, estando em ambulatório, com idade superior a 18 anos e que falem inglês. (N=120) aleatoriamente selecionados para 7 sessões de IMCP e de massagem terapêutica (grupo de controlo).

Enquadramento Teórico:

Cada vez mais existe literatura focada na importância do bem-estar espiritual e no sentido de vida dos pacientes com cancro em estado avançado. Os profissionais de saúde têm vindo a reconhecer cada vez mais a importância do domínio espiritual dos seus cuidados e a identificar a necessidade de intervir nesse campo.

O **IMCP** surge como resposta a essa necessidade. É uma intervenção de 7 semanas criada para pacientes oncológicos em estado avançado, centrada em manter e melhorar o sentido de vida e paz que vai sendo mais limitado com o avançar da doença e com os tratamentos. Tem como objectivo aumentar a flexibilidade do tratamento relativamente a constrangimentos de agendamento ou da própria doença, ainda mais prováveis de acontecer quando se trata de intervenção em grupos de pessoas com cancro em estado avançado. Usa casos didáticos, exercícios experimentais e técnicas psicoterapêuticas (ex.: reflexão, clarificação e exploração de temas relacionados com o cancro, identidade, esperança e fim de vida) que promovam o uso de fontes de lógica como recurso para lidar com o cancro. As sessões de IMCP foram conduzidas quer por psicólogos clínicos, quer por estudantes de doutoramento em psicologia.

TM: consiste em 7 sessões de uma hora de massagem terapêutica, com um massagista terapêutico licenciado. Demonstrou ser benéfica para os pacientes oncológicos na redução da ansiedade, perturbações de humor e sintomas físicos de stress, quando comparada com cuidados standard.

Resultado:

Os resultados provaram que o MCP quer em formato de grupo, quer individual, é efetivo em melhorar o bem-estar, a qualidade de vida, os sintomas físicos de stress nos pacientes com cancro em estado avançado, significativamente superiores que os registados nos pacientes em condição de controlo (TM). No entanto as conclusões mais significativas foram que o modelo misto que incluía todas as 3 terapêuticas era o melhor.

Estudos anteriores sugerem que a TM melhora o bem-estar psicológico e reduz sintomas de stress, mas foram registadas poucas melhorias nos participantes deste estudo. No entanto, é também possível que a TM tenha sido útil e tenha ajudado a que os pacientes não piorassem. Sem tratamento, o estado psicológico e o nível de stress, bem como a qualidade de vida dos pacientes podia ter diminuído. Uma próxima pesquisa deve incluir pacientes sem tratamento, para analisar o comportamento nestas condições.

Conclusão:

IMCP tem benefícios evidentes a curto prazo para o sofrimento psicológico e na qualidade de vida dos pacientes com cancro em estado avançado. Os clínicos que trabalham com doentes com cancro em estado avançado devem considerar o IMCP como a abordagem para melhorar a qualidade de vida e o bem estar espiritual destes.

Limitações do estudo:

Uma das limitações foi a aceitação de candidatos a sujeitarem-se aos tratamentos propostos pelo nosso estudo. Ainda mais sendo de alocação aleatória. O tamanho da amostra também limitou o estudo, uma vez que foi metade da recomendada para o tipo de estudo.



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular de Estágio: Módulo III (Opção)

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

**Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do
Hospital da Luz**

Estudantes: Joana Fernandes e Sandra Gaspar

Orientadoras de Estágio: Enf.^a Lucinda Marques e Enf.^a Joana Bragança

Tutora de Estágio: Prof.^a Georgeana Marques da Gama

Lisboa, junho de 2012

INDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	5
2.1 RESPIRAÇÃO	5
2.1.1 Ventilação espontânea comprometida	5
2.1.2 Cansaço atual	5
2.1.3 Tosse atual	7
2.1.4 Limpeza das vias aéreas comprometida	8
2.2 CIRCULAÇÃO/TEMPERATURA	8
2.2.1 Hipotensão atual	9
2.2.2 Hipertensão atual	9
2.2.4 Hipotermia atual	9
2.2.5 Risco de hiperglicemia	10
2.2.6 Hiperglicémica atual	10
2.2.7 Risco de hipoglicémia	11
2.2.8 Hipoglicémica atual	11
2.2.9 Risco de Hemorragia	12
2.2.10 Hemorragia na cavidade nasal	12
2.2.11 Hemorragia na cavidade oral	13
2.2.12 Hemorragia no sistema gastrointestinal superior atual	14
2.2.13 Hemorragia no sistema gastrointestinal inferior atual	14
2.2.14 Hemorragia no sistema urinário superior atual	15
2.2.15 Hemorragia no sistema respiratório atual	16
2.2.16 Risco de infecção	17
2.3-NUTRIÇÃO/DIGESTÃO	17
2.3.1 Ingestão de alimentos diminuída	18
2.3.2 Alimentação, dependente	18
2.3.3 Risco de aspiração	19
2.3.4 Náusea atual	20
2.3.5 Vômito atual	20
2.3.6 Deglutição comprometida	21
2.4 VOLUME DE LÍQUIDOS	22
2.4.1 Desidratação atual	22
2.4.2 Edema atual	23
2.5 ELIMINAÇÃO	23
5.1 Retenção urinária atual	24
5.2 Eliminação urinária, dependente	24
5.3 Risco de retenção urinária	24
5.4 Obstipação atual	25
5.5 Risco de obstipação	25

5.6 Oclusão atual	26
5.7 Diarreia atual	26
2.6 TEGUMENTOS	26
2.6.1 Cuidar da higiene pessoal dependente	26
2.6.2 Úlcera de pressão atual	27
2.6.3 Risco de úlcera de pressão	27
2.6.4 Ferida atual	28
2.6.5 Prurido atual	29
2.6.6 Hematoma atual	29
2.6.7 Mucosite	30
2.6.8 Xerostomia	30
2.7 ATIVIDADE MOTORA	31
2.7.1 Mobilidade comprometida	31
2.7.2 Risco de queda	32
2.8 SENSACÃO REPOUSO	33
2.8.1 Dor atual	33
2.8.2 Sono comprometido	35
2.8.3 Conforto diminuído	36
2.9 AVALIAÇÃO DA PESSOA	37
2.9.1 Comunicação comprometida	37
2.9.2 Agitação atual	38
2.9.3 Ansiedade atual.....	39
2.9.4 Auto imagem perturbada	41
2.9.5 Delirium atual	42
2.9.6 Falta de esperança	43
2.9.7 Medo atual	47
2.9.8 Processo familiar comprometido	48
2.9.9 Autoestima baixa atual	49
2.9.10 Luto atual	49
2.10 REPRODUÇÃO/OBSERVAÇÕES	50
2.10.1 Parceria com família para a continuidade de cuidados, comprometida	50

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma área de intervenção em saúde na qual os cuidados de enfermagem têm um papel fulcral, é por isso esperado que os enfermeiros apresentem respostas consistentes ao longo do percurso, mais ou menos longo, de sofrimento da pessoa e família.

Partindo da profunda convicção de que nos cuidados paliativos se prestam e desenvolvem cuidados verdadeiramente intensivos de conforto à pessoa em fim de vida, a garantia da qualidade de vida e a defesa da dignidade da pessoa são os fundamentos que sustentam os cuidados de enfermagem. Para que tal aconteça é essencial a existência de equipas como a equipa dos Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, competentes, que fazem um investimento profundo e que se revestem como pilares dos cuidados paliativos.

A realização deste trabalho tem como objetivo dar um contributo ao instrumento de registos utilizado pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz no exercício da prática clínica. A sua execução foi baseada na versão portuguesa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0 (CIPE 2.0); no catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna e na tese de Mestrado realizada pela Enfermeira Joana Bragança com a temática “Enfermeiros de Cuidados Paliativos, como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados”.

2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

2.1 RESPIRAÇÃO

Diagnóstico – Ventilação espontânea comprometida

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status respiratório**
- ☐ Vigiar secreções no indivíduo
- ☐ Aspirar secreções no indivíduo
- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- ☐ Vigiar cânula de traqueostomia
- ☐ Executar higiene a traqueostomia
- ☐ **Posicionar o doente**
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Gerir atividades executadas pelo próprio
- ☐ Envolver membro da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Ensinar técnica respiratória
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Dispneia atual

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status respiratório**
- ☐ Vigiar secreções no indivíduo
- ☐ Aspirar secreções no indivíduo
- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- ☐ Identificar fatores desencadeantes de dispneia em repouso
- ☐ Identificar fatores desencadeantes de dispneia funcional
- ☐ **Posicionar o doente**
- ☐ Assistir o indivíduo (nas atividades de vida diária)
- ☐ Assistir o indivíduo no autocuidado
- ☐ Assistir o indivíduo no treino de marcha

- ☐ Executar atividades de vida diária do indivíduo
- ☐ Executar autocuidado no indivíduo
- ☐ Gerir ambiente físico
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ **Avaliar bem-estar físico**
- ☐ **Avaliar bem-estar psicológico**
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ Escutar o indivíduo
- ☐ **Gerir controlo de sintomas**
- ☐ Gerir atividades executadas pelo próprio
- ☐ Envolver membro da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Ensinar técnica respiratória
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Implementar terapêutica da distração**
- ☐ Assistir inaloterapia
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Cansaço atual

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status respiratório**
- ☐ Vigiar secreções no indivíduo
- ☐ Aspirar secreções no indivíduo
- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- ☐ Determinar fator desencadeante do cansaço
- ☐ **Posicionar o doente**
- ☐ Assistir o indivíduo (nas atividades de vida diária)
- ☐ Assistir o indivíduo no autocuidado
- ☐ Assistir o indivíduo no treino de marcha
- ☐ Executar atividades de vida diária do indivíduo
- ☐ Executar autocuidado no indivíduo
- ☐ Gerir ambiente físico
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ **Avaliar bem-estar físico**
- ☐ **Avaliar bem-estar psicológico**
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**

- ☐ Escutar o indivíduo
- ☐ **Gerir controlo de sintomas**
- ☐ Gerir atividades executadas pelo próprio
- ☐ Envolver membro da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Ensinar técnica respiratória
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Tosse atual

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status respiratório**
- ☐ Vigiar secreções no indivíduo
- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ **Posicionar o doente**
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Determinar fator desencadeante de tosse
- ☐ Assistir o indivíduo (nas atividades de vida diária)
- ☐ Assistir o indivíduo no autocuidado
- ☐ Assistir o indivíduo no treino de marcha
- ☐ Executar atividades de vida diária do indivíduo
- ☐ Executar autocuidado no indivíduo
- ☐ Gerir ambiente físico

Diagnóstico – Limpeza das vias aéreas comprometida
--

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status respiratório**
- ☐ Vigiar secreções no indivíduo
- ☐ Aspirar secreções no indivíduo
- ☐ Aplicar soro fisiológico
- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ **Posicionar o doente**
- ☐ Solicitar apoio

2.2 CIRCULAÇÃO/TEMPERATURA

Diagnóstico – Hipotensão atual

Intervenções:

- ☐ Executar levante progressivo do indivíduo
- ☐ Gerir atividade executada pelo próprio
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Vigiar respiração do indivíduo
- ☐ Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos

Diagnóstico – Hipertensão atual

Intervenções:

- ☐ Gerir atividade executada pelo próprio
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Vigiar respiração do indivíduo
- ☐ Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos
- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos

Diagnóstico – Hipertermia atual

Intervenções:

- ☐ Aplicar dispositivos de arrefecimento
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Vigiar respiração do indivíduo
- ☐ Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- ☐ Promover a ingestão de líquidos
- ☐ Monitorizar a temperatura
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Trocar de roupa

Diagnóstico – Hipotermia atual

Intervenções:

- ☐ Aplicar dispositivos de aquecimento
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Vigiar respiração do indivíduo
- ☐ Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- ☐ Monitorizar a temperatura
- ☐ Vigiar pele

Diagnóstico – Risco de Hiperglicémia

Intervenções:

- ☐ Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos
- ☐ Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**

Diagnóstico – Hiperglicémia atual

Intervenções:

- ☐ Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos
- ☐ Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Risco de Hipoglicémia

Intervenções:

- ☐ Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos
- ☐ Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**

Diagnóstico – Hipoglicémia atual

Intervenções:

- ☐ Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos
- ☐ Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Risco de Hemorragia

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status respiratório**
- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Manter cabeceira elevada
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glagow)
- ☐ Monitorizar sinais vitais

- ☐ Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Vigiar abdómen
- ☐ Vigiar expetoração
- ☐ Vigiar fezes
- ☐ Vigiar urina
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Hemorragia na cavidade nasal
--

Intervenções:

- ☐ Aplicar dispositivo de arrefecimento
- ☐ Identificar fatores desencadeantes de hemorragia na cavidade nasal
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Manter cabeceira elevada
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar pele
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ Usar (toalhas escuras) para a higiene
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Hemorragia na cavidade oral

Intervenções:

- ☐ Aplicar dispositivo de arrefecimento
- ☐ Identificar fatores desencadeantes de hemorragia na cavidade oral
- ☐ Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- ☐ Executar higiene da cavidade oral do indivíduo
- ☐ Iniciar (dieta fria) no indivíduo
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Manter cabeceira elevada
- ☐ Remover prótese dentária
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- ☐ Monitorizar sinais vitais

- ☐ Monitorizar líquidos eliminados
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar pele
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Usar (toalhas escuras) para a higiene

<p>Diagnóstico – Hemorragia no sistema gastrointestinal superior atual</p>
--

Intervenções:

- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Identificar fatores desencadeantes de hemorragia gastrointestinal
- ☐ Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- ☐ Executar higiene da cavidade oral do indivíduo
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Manter cabeceira elevada
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ Monitorizar líquidos eliminados
- ☐ Remover prótese dentária
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar pele
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Usar (toalhas escuras) para a higiene

<p>Diagnóstico – Hemorragia no sistema gastrointestinal inferior atual</p>
--

Intervenções:

- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Identificar fatores desencadeantes de hemorragia gastrointestinal
- ☐ Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- ☐ Aplicar dispositivos de arrefecimento
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Posicionar o indivíduo

- ☐ Vigiar abdómen
- ☐ Vigiar características das dejeções
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ Monitorizar líquidos eliminados
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar pele
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Usar (toalhas escuras) para a higiene

<p>Diagnóstico – Hemorragia no sistema urinário atual</p>

Intervenções:

- ☐ Identificar fatores desencadeantes de hemorragia urinária
- ☐ Executar algaliação no indivíduo
- ☐ Executar lavagem vesical no indivíduo
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Vigiar características da urina
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ Monitorizar líquidos eliminados
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar pele
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Usar (toalhas escuras) para a higiene

<p>Diagnóstico – Hemorragia no sistema respiratório atual</p>

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status respiratório**

- ☐ Gerir oxigenoterapia
- ☐ Identificar fatores desencadeantes de hemorragia respiratória
- ☐ Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- ☐ Incentivar repouso na cama
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ Monitorizar líquidos eliminados
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar pele
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Usar (toalhas escuras) para a higiene

Diagnóstico – Risco de Infecção

Intervenções:

- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar sinais de hipertermia
- ☐ Vigiar local de inserção de punção
- ☐ Avaliar suscetibilidade à infeção
- ☐ Trocar dispositivos
- ☐ Gerir segurança ambiental

2.3 NUTRIÇÃO/DIGESTÃO

Diagnóstico – Ingestão de alimentos diminuída

Intervenções:

- ☐ Adequar consistência dos alimentos
- ☐ Executar entubação nasogástrica no indivíduo
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ Monitorizar peso corporal

- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- ☐ Registar padrão alimentar

<p>Diagnóstico – Alimentação dependente</p>

Intervenções:

- ☐ Adequar consistência dos alimentos
- ☐ Alimentar o indivíduo
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Supervisionar o indivíduo a alimentar-se
- ☐ Executar entubação nasogástrica no indivíduo
- ☐ Alimentar por sonda nasogástrica
- ☐ Alimentar por gastrostomia/PEG
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ Monitorizar peso corporal
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar náuseas e vômitos
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- ☐ Registar padrão alimentar

<p>Diagnóstico – Risco de aspiração</p>

Intervenções:

- ☐ **Monitorizar o status fisiológico**
- ☐ Adequar consistência dos alimentos
- ☐ Alimentar o indivíduo

- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Supervisionar o indivíduo a alimentar-se
- ☐ Registar padrão alimentar

<p>Diagnóstico – Náusea atual</p>

Intervenções:

- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Manter cabeceira elevada
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Providenciar dispositivo de recolha e absorção (saco de vômito)
- ☐ Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos
- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Registar padrão alimentar

<p>Diagnóstico – Vômito atual</p>

Intervenções:

- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Manter cabeceira elevada
- ☐ Posicionar o doente
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Providenciar dispositivo de recolha e absorção (saco de vômito)
- ☐ Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar ingestão de alimentos

- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Registrar padrão alimentar

Diagnóstico – Deglutição comprometido

Intervenções:

- ☐ Adequar consistência dos alimentos
- ☐ Vigiar sinais de (lentificação) na deglutição
- ☐ Vigiar sinais de disfagia
- ☐ Supervisionar o indivíduo a alimentar-se
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Executar entubação nasogástrica no indivíduo
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ Monitorizar peso corporal
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar náuseas e vômitos
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**
- ☐ **Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- ☐ Registrar padrão alimentar

2.4 VOLUME DE LÍQUIDOS

Diagnóstico – Desidratação atual

Intervenções:

- ☐ Aplicar hidratante na mucosa oral
- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo na região corporal
- ☐ Incentivar a ingestão de líquidos
- ☐ Monitorizar sinais vitais

- ☐ Monitorizar líquidos eliminados
- ☐ Monitorizar peso corporal
- ☐ Monitorizar balanço hídrico
- ☐ Gerir o regime dietético
- ☐ Colaborar no regime dietético
- ☐ Vigiar pele

Diagnóstico – Edema atual

Intervenções:

Monitorizar edema (sinal de Godet)

- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo na região corporal
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Monitorizar líquidos eliminados
- ☐ Monitorizar peso corporal
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos
- ☐ Monitorizar balanço hídrico
- ☐ Gerir o regime dietético
- ☐ Colaborar no regime dietético
- ☐ Vigiar pele

5.7 ELIMINAÇÃO

Diagnóstico – Retensão urinária atual

Intervenções:

- ☐ Aplicar dispositivo urinário
- ☐ Providenciar arrastadeira
- ☐ Providenciar cadeira sanitária
- ☐ Executar algáliação no indivíduo
- ☐ Monitorizar líquidos administrados e eliminados pelo indivíduo
- ☐ Inspeccionar globo vesical
- ☐ Identificar características da urina
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Eliminação urinária dependente

Intervenções:

- ☐ Aplicar dispositivo urinário
- ☐ Providenciar arrastadeira
- ☐ Providenciar cadeira sanitária
- ☐ Assistir o indivíduo na utilização do sanitário
- ☐ Executar algaliação no indivíduo
- ☐ Monitorizar balanço hídrico no indivíduo
- ☐ Monitorizar líquidos eliminados pelo indivíduo
- ☐ Inspeccionar globo vesical
- ☐ Identificar características da urina
- ☐ Incentivar a ingestão de líquidos

Diagnóstico – Obstipação atual

Intervenções:

- ☐ Estimular a mobilidade ativa
- ☐ Executar pesquisa de fecalomas no indivíduo
- ☐ Executar massagem ao abdómen
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Incentivar a ingestão de líquidos
- ☐ Promover a ingestão de líquidos
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar náuseas e vômitos
- ☐ Vigiar fezes
- ☐ Supervisionar frequência da eliminação

Diagnóstico – Risco de obstipação

Intervenções:

- ☐ Estimular a mobilidade ativa
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Incentivar a ingestão de líquidos
- ☐ Promover a ingestão de líquidos
- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ **Gerir a medicação**

- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Vigiar fezes

Diagnóstico – Oclusão intestinal atual

Intervenções:

- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar náuseas e vômitos
- ☐ Vigiar fezes
- ☐ Supervisionar frequência da eliminação
- ☐ Executar entubação nasogástrica
- ☐ Executar hidratação
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Vigiar ruídos hidroaéreos

Diagnóstico – Diarreia atual

Intervenções:

- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- ☐ Estimular a mobilidade ativa
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Incentivar a ingestão de líquidos
- ☐ Promover a ingestão de líquidos
- ☐ Vigiar a ingestão de líquidos
- ☐ Vigiar fezes
- ☐ Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Vigiar pele

2.6 TEGUMENTOS

Diagnóstico – Cuidar da higiene pessoal dependente

Intervenções:

- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- ☐ Assistir higiene da região corporal
- ☐ Assistir o indivíduo no banho
- ☐ Assistir higiene da prótese dentária
- ☐ Preparar dispositivos de banho
- ☐ Executar higiene da região corporal
- ☐ Executar higiene de prótese dentária
- ☐ Supervisionar higiene da região corporal
- ☐ Supervisionar higiene da prótese dentária
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Solicitar apoio (manicure)

Diagnóstico – Úlcera de pressão atual

Intervenções:

- ☐ Vigiar pele
- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- ☐ Avaliar ferida
- ☐ Aplicar dispositivo
- ☐ Assistir no posicionar
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Aplicar colchão anti escaras
- ☐ Estimular a atividade executada pelo próprio
- ☐ Estimular a mobilidade
- ☐ Monitorizar (Escala de Braden) no indivíduo
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Massajar o indivíduo
- ☐ Executar tratamento à ferida
- ☐ Executar registos em folha própria

Diagnóstico – Risco de úlcera de pressão
--

Intervenções:

- ☐ Vigiar pele
- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- ☐ Aplicar dispositivo
- ☐ Assistir no posicionar
- ☐ Posicionar o indivíduo

- ☐ Aplicar colchão anti escaras
- ☐ Estimular a atividade executada pelo próprio
- ☐ Estimular a mobilidade
- ☐ Monitorizar (Escala de Braden) no indivíduo
- ☐ Massajar o indivíduo
- ☐ Solicitar apoio

Diagnóstico – Ferida atual

Intervenções:

- ☐ Executar tratamento a ferida cirúrgica
- ☐ Executar tratamento a ferida traumática
- ☐ Executar tratamento a lesão crónica
- ☐ Executar tratamento a ferida da pele
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Avaliar ferida
- ☐ Vigiar (sinais inflamatórios)
- ☐ Aplicar dispositivo
- ☐ Assistir no posicionar
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Massajar o indivíduo
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ Executar registos em folha própria
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Prurido atual

Intervenções:

- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- ☐ Assistir higiene da região corporal
- ☐ Executar higiene da região corporal
- ☐ Supervisionar higiene da região corporal
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Vigiar prurido
- ☐ Solicitar apoio (manicure)

Diagnóstico – Hematoma atual

Intervenções:

- ☐ Aplicar dispositivo de arrefecimento
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- ☐ Vigiar hematoma
- ☐ Vigiar pele
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Vigiar (sinais inflamatórios)
- ☐ Assistir no posicionar
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Massajar o indivíduo
- ☐ Vigiar dor
- ☐ Solicitar apoio
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico - Mucosite

Intervenções:

- ☐ Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Vigiar mucosas
- ☐ Avaliar cavidade oral
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ Ensinar acerca da crioterapia
- ☐ Aplicar a crioterapia
- ☐ Aplicar anestésico tópico
- ☐ Ensinar a Lavagem os dentes e gengivas com esponja ou escova
- ☐ Executar a Lavagem os dentes e gengivas com esponja ou escova
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**

Diagnóstico: Xerostomia

Intervenções:

- ☐ Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral

- ☐ Realizar a higiene da cavidade oral
- ☐ Gerir hidratação oral, local e tópica
- ☐ Promover a ingestão de grandes quantidades de água e de outros líquidos
- ☐ Incentivar (mascar pastilhas)
- ☐ Usar substitutos da saliva
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ **Avaliar resposta à medicação**
- ☐ **Gerir o regime dietético**
- ☐ **Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- ☐ **Colaborar no regime dietético**

2.7 ATIVIDADE MOTORA

Diagnóstico – Mobilidade comprometida

Intervenções:

- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- ☐ Assistir levante progressivo
- ☐ Assistir o doente no andar
- ☐ Assistir técnica de marcha
- ☐ Assistir técnica de transferência do indivíduo
- ☐ Avaliar capacidade de mobilização
- ☐ Estimular a mobilidade ativa
- ☐ Incentivar o indivíduo a mobilizar-se na cadeira
- ☐ Mobilizar o indivíduo de hora a hora na cadeira (push ups)
- ☐ Executar levante progressivo do indivíduo
- ☐ Executar transferências do indivíduo
- ☐ Transferir o indivíduo para o cadeirão
- ☐ Posicionar o indivíduo de duas em duas horas, segundo rotação programada de decúbitos
- ☐ Assistir o indivíduo nos posicionamentos
- ☐ Envolver membros da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Monitorizar risco de queda (escala de Morse)
- ☐ Promover uso de calçado adequado no indivíduo
- ☐ Providenciar dispositivo de mobilização (andarilho)
- ☐ Treinar marcha com equipamentos adaptativos
- ☐ Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- ☐ Assegurar que o indivíduo tenha tudo o que necessita ao seu alcance

- ☐ Manter grade da cama elevada quando o indivíduo está sozinho
- ☐ Avaliar o controlo de sintomas
- ☐ Referir para fisioterapia

Diagnóstico – Risco de queda

Intervenções:

- ☐ **Providenciar dispositivos de segurança**
- ☐ Tranquilizar o indivíduo
- ☐ Orientar o indivíduo no quarto, meios auxiliares e assistência
- ☐ Aplicar cama baixa
- ☐ Baixar plano da cama
- ☐ Providenciar sistema de chamada
- ☐ Envolver membros da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Monitorizar risco de queda (escala de Morse)
- ☐ Promover uso de calçado adequado no indivíduo
- ☐ Providenciar dispositivo de mobilização (andarilho)
- ☐ Posicionar o indivíduo
- ☐ Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- ☐ Documentar em notas a queda

Diagnóstico – Autocuidado, comprometido

Intervenções:

- ☐ Avaliar grau de dependência no autocuidado (índice de Barthel)
- ☐ Adequar cuidados de higiene segundo efeito de laxantes e diuréticos
- ☐ Assistir no autocuidado (eliminação intestinal)
- ☐ Assistir no autocuidado (eliminação vesical)
- ☐ Assistir no autocuidado (vestir e despir)
- ☐ Assistir no autocuidado (alimentação)
- ☐ Instruir sobre o autocuidado

2.8 SENSACÃO/REPOUSO

Diagnóstico – Dor atual

Intervenções:

- ☐ **Avaliar a dor**
- ☐ Aplicar dispositivos de avaliação da dor
- ☐ **Monitorizar sinais vitais**
- ☐ **Avaliar a ansiedade (escala de Edmonton)**
- ☐ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ☐ **Avaliar atitude relativamente a doença**
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao controle farmacológico
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- ☐ Avaliar o *coping*
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ **Avaliar as expectativas**
- ☐ Avaliar a fadiga
- ☐ Avaliar o medo
- ☐ **Avaliar o bem-estar físico**
- ☐ Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ Avaliar o autocuidado
- ☐ Avaliar a autoestima
- ☐ Avaliar a autoimagem
- ☐ Avaliar as crenças espirituais
- ☐ Avaliar o bem-estar espiritual
- ☐ **Aconselhar acerca dos medos**
- ☐ Aconselhar acerca das esperanças
- ☐ Incentivar as afirmações positivas
- ☐ Incentivar o repouso
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- ☐ **Avaliar a resposta à medicação**
- ☐ Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- ☐ Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- ☐ **Implementar terapêutica de distração**
- ☐ **Implementar terapêutica do humor**
- ☐ Envolver no processo de decisão
- ☐ Manter a dignidade e a privacidade
- ☐ Gerir o regime de exercício
- ☐ **Gerir a medicação**

- ☐ Gerir a dor
- ☐ Posicionar o doente
- ☐ Promover a esperança
- ☐ Promover a definição de limites
- ☐ **Promover o autocuidado**
- ☐ **Promover a autoestima**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ Proporcionar privacidade
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ Reforçar a identidade pessoal
- ☐ Reforçar a definição de prioridades
- ☐ Reforçar a autoeficácia
- ☐ Apoiar as crenças
- ☐ Apoiar o processo de decisão
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ Apoiar rituais espirituais
- ☐ **Ensinar acerca do processo de doença**
- ☐ Ensinar acerca do processo de morte
- ☐ **Ensinar a gestão da dor**
- ☐ Ensinar acerca da medicação
- ☐ **Ensinar acerca do regime de tratamento**
- ☐ **Ensinar família acerca da doença**
- ☐ **Colaborar com o médico**
- ☐ **Colaborar com o farmacêutico**

Diagnóstico – Sono comprometido

Intervenções:

- ☐ Aumentar a atividade executada pelo próprio durante o dia
- ☐ Diminuir sesta durante o dia
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Monitorizar ansiedade do indivíduo (escala de Edmonton)
- ☐ Vigiar estado emocional do indivíduo
- ☐ Monitorizar sinais vitais

Diagnóstico – Conforto diminuído

Intervenções:

- ☐ Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal

- ☐ Envolver membros da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Identificar causa do desconforto do indivíduo
- ☐ Monitorizar sinais vitais
- ☐ Avaliar a fadiga
- ☐ Avaliar o medo
- ☐ Avaliar o medo da morte
- ☐ **Avaliar o bem-estar físico**
- ☐ Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ Avaliar o autocuidado
- ☐ Avaliar a autoestima
- ☐ Avaliar a autoimagem
- ☐ Avaliar as crenças espirituais
- ☐ Avaliar o bem-estar espiritual
- ☐ **Avaliar o controlo de sintomas**
- ☐ **Avaliar a dor**
- ☐ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ☐ **Avaliar atitude relativamente a doença**
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao controlo farmacológico
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- ☐ Avaliar capacidades
- ☐ Avaliar o *coping*
- ☐ Avaliar as crenças culturais
- ☐ Avaliar o ambiente
- ☐ **Avaliar as expectativas**
- ☐ **Promover o autocuidado**
- ☐ **Promover a autoestima**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ **Avaliar a resposta à medicação**
- ☐ **Implementar terapêutica de distração**
- ☐ **Implementar terapêutica do humor**
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ Reforçar a identidade pessoal
- ☐ Reforçar a definição de prioridades
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ **Ensinar acerca do processo de doença**
- ☐ **Gerir a medicação**

- ☐ **Avaliar resposta à medicação**

2.9 AVALIAÇÃO DA PESSOA

Diagnóstico – Comunicação comprometida

Intervenções:

- ☐ Ajustar dispositivo de comunicação
- ☐ Envolver membro da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Identificar a alteração da comunicação
- ☐ Vigiar (estado emocional) do indivíduo
- ☐ **Avaliar atitude relativamente à doença**
- ☐ **Estabelecer confiança**
- ☐ **Ensinar família acerca do regime**
- ☐ **Ensinar família acerca do processo de doença**
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ **Providenciar apoio emocional**
- ☐ **Avaliar a cognição**
- ☐ **Implementar a terapia da validação**
- ☐ **Encorajar as afirmações positivas**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Promover a autoestima**
- ☐ **Envolver no processo de tomada de decisão**

Diagnóstico – Agitação atual

Intervenções:

- ☐ **Providenciar dispositivos de segurança**
- ☐ Aplicar cama baixa
- ☐ Baixar plano da cama
- ☐ Envolver membros da família
- ☐ Envolver prestador de cuidados
- ☐ Gerir ambiente físico do indivíduo
- ☐ Monitorizar risco de queda (escala de Morse)
- ☐ Posicionar o indivíduo

- ☐ Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- ☐ **Avaliar a cognição**
- ☐ **Implementar a terapia da validação**
- ☐ **Estabelecer prioridades no regime**
- ☐ **Proporcionar orientação para a realidade**
- ☐ **Promover o uso de dispositivos para auxiliar a memória**
- ☐ **Avaliar o controlo de sintomas**
- ☐ Referir para psicóloga
- ☐ **Avaliar a dor**

Diagnóstico – Ansiedade atual

Intervenções:

- ☐ **Avaliar o controlo de sintomas**
- ☐ **Avaliar a dor**
- ☐ **Avaliar a ansiedade (escala de Edmonton)**
- ☐ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ☐ **Avaliar atitude relativamente a doença**
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao controlo farmacológico
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- ☐ Avaliar capacidades
- ☐ Avaliar o *coping*
- ☐ Avaliar as crenças culturais
- ☐ Avaliar o ambiente
- ☐ **Avaliar as expectativas**
- ☐ Avaliar o *coping* da família
- ☐ Avaliar a fadiga
- ☐ Avaliar o medo
- ☐ **Avaliar o bem-estar físico**
- ☐ Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ Avaliar o autocuidado
- ☐ Avaliar a autoestima
- ☐ Avaliar a autoimagem
- ☐ Avaliar as crenças espirituais
- ☐ Avaliar o bem-estar espiritual
- ☐ **Aconselhar acerca dos medos**
- ☐ Aconselhar acerca das esperanças
- ☐ Incentivar as afirmações positivas

- ☐ Incentivar o repouso
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- ☐ **Avaliar a resposta à medicação**
- ☐ Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- ☐ Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- ☐ **Implementar terapêutica de distração**
- ☐ **Implementar terapêutica do humor**
- ☐ Envolver no processo de decisão
- ☐ Manter a dignidade e a privacidade
- ☐ Gerir o regime de exercício
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ Gerir a dor
- ☐ Posicionar o doente
- ☐ Promover a esperança
- ☐ Promover a definição de limites
- ☐ **Promover o autocuidado**
- ☐ **Promover a autoestima**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ **Proporcionar orientação antecipatória à família**
- ☐ Proporcionar privacidade
- ☐ **Proporcionar orientação para a realidade**
- ☐ Proporcionar apoio espiritual
- ☐ Encaminhar para a terapia ocupacional
- ☐ Encaminhar para a fisioterapia
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ Reforçar a identidade pessoal
- ☐ Reforçar a definição de prioridades
- ☐ Reforçar a autoeficácia
- ☐ Apoiar as crenças
- ☐ Apoiar o processo de decisão
- ☐ Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ Apoiar rituais espirituais
- ☐ Apoiar o uso de terapêutica tradicional
- ☐ **Ensinar acerca do processo de doença**
- ☐ Ensinar acerca do processo de morte

- ☐ **Ensinar a gestão da dor**
- ☐ Ensinar acerca da medicação
- ☐ **Ensinar acerca do regime de tratamento**
- ☐ **Ensinar família acerca da doença**

Diagnóstico – Autoimagem perturbada

Intervenções:

- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ Avaliar o autocuidado
- ☐ Avaliar a autoestima
- ☐ Avaliar a autoimagem
- ☐ Avaliar as crenças espirituais
- ☐ Avaliar o bem-estar espiritual
- ☐ Aconselhar acerca das esperanças
- ☐ Incentivar as afirmações positivas
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ Promover a esperança
- ☐ Promover a definição de limites
- ☐ **Promover o autocuidado**
- ☐ **Promover a autoestima**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ Proporcionar privacidade
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ Reforçar a identidade pessoal
- ☐ Reforçar a definição de prioridades
- ☐ Reforçar a autoeficácia
- ☐ Apoiar as crenças
- ☐ Apoiar o processo de decisão
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ Apoiar rituais espirituais
- ☐ **Ensinar acerca do processo de doença**
- ☐ Ensinar acerca do processo de morte
- ☐ **Ensinar a gestão da dor**
- ☐ Ensinar acerca da medicação
- ☐ **Ensinar acerca do regime de tratamento**
- ☐ **Ensinar família acerca da doença**
- ☐ Encaminhar para a psicóloga

Diagnóstico – Delírium atual

Intervenções:

- ☐ **Avaliar a cognição**
- ☐ **Implementar a terapia da validação**
- ☐ **Estabelecer prioridades do regime**
- ☐ **Promover o uso de dispositivos para auxiliar a memória**
- ☐ **Proporcionar orientação para a realidade**
- ☐ **Apoiar os prestadores de cuidados**
- ☐ **Avaliar o controlo de sintomas**
- ☐ **Avaliar a dor**
- ☐ **Avaliar o bem-estar físico**
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ **Avaliar a resposta à medicação**
- ☐ Manter a dignidade e a privacidade
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ Gerir a dor
- ☐ Monitorizar o estado respiratório
- ☐ Observar a perceção alterada
- ☐ Posicionar o doente
- ☐ **Proporcionar orientação antecipatória à família**
- ☐ **Proporcionar orientação para a realidade**
- ☐ Proporcionar apoio espiritual
- ☐ Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ **Ensinar família acerca da doença**

Diagnóstico – Falta de esperança

Intervenções:

- ☐ **Avaliar o controlo de sintomas**
- ☐ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ☐ **Avaliar atitude relativamente a doença**
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao controle farmacológico
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- ☐ Avaliar capacidades
- ☐ Avaliar o *coping*

- ☐ Avaliar as crenças culturais
- ☐ **Avaliar as expectativas**
- ☐ Avaliar a fadiga
- ☐ Avaliar o medo
- ☐ Avaliar o medo da morte
- ☐ **Avaliar o bem-estar físico**
- ☐ Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ Avaliar o autocuidado
- ☐ Avaliar a autoestima
- ☐ Avaliar a autoimagem
- ☐ Avaliar as crenças espirituais
- ☐ Avaliar o bem-estar espiritual
- ☐ **Aconselhar acerca dos medos**
- ☐ Aconselhar acerca das esperanças
- ☐ Incentivar as afirmações positivas
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- ☐ **Avaliar a resposta à medicação**
- ☐ Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- ☐ Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- ☐ **Implementar terapêutica de distração**
- ☐ **Implementar terapêutica do humor**
- ☐ Envolver no processo de decisão
- ☐ Manter a dignidade e a privacidade
- ☐ Gerir o regime de exercício
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ Gerir a dor
- ☐ Monitorizar o estado respiratório
- ☐ Observar a perceção alterada
- ☐ Posicionar o doente
- ☐ Promover a esperança
- ☐ Promover a definição de limites
- ☐ **Promover o autocuidado**
- ☐ **Promover a autoestima**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ **Proporcionar orientação antecipatória à família**
- ☐ Proporcionar privacidade

- ☐ **Proporcionar orientação para a realidade**
- ☐ Proporcionar apoio espiritual
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ Reforçar a identidade pessoal
- ☐ Reforçar a definição de prioridades
- ☐ Reforçar a autoeficácia
- ☐ Apoiar as crenças
- ☐ Apoiar o processo de decisão
- ☐ Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ Apoiar rituais espirituais
- ☐ **Ensinar acerca do processo de doença**
- ☐ Ensinar acerca do processo de morte
- ☐ **Ensinar a gestão da dor**
- ☐ Ensinar acerca da medicação
- ☐ **Ensinar acerca do regime de tratamento**
- ☐ **Ensinar família acerca da doença**

Diagnóstico – Medo atual

Intervenções:

- ☐ **Avaliar o controlo de sintomas**
- ☐ **Avaliar a dor**
- ☐ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ☐ **Avaliar atitude relativamente a doença**
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao controlo farmacológico
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- ☐ Avaliar capacidades
- ☐ Avaliar o *coping*
- ☐ Avaliar as crenças culturais
- ☐ Avaliar o ambiente
- ☐ **Avaliar as expectativas**
- ☐ Avaliar o medo da morte
- ☐ **Avaliar o bem-estar físico**
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ Avaliar o autocuidado
- ☐ Avaliar a autoestima
- ☐ Avaliar a autoimagem

- ☐ Avaliar as crenças espirituais
- ☐ Avaliar o bem-estar espiritual
- ☐ **Aconselhar acerca dos medos**
- ☐ Aconselhar acerca das esperanças
- ☐ Incentivar as afirmações positivas
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- ☐ Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- ☐ **Avaliar a resposta à medicação**
- ☐ Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- ☐ **Implementar terapêutica de distração**
- ☐ **Implementar terapêutica do humor**
- ☐ Envolver no processo de decisão
- ☐ Manter a dignidade e a privacidade
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ Gerir a dor
- ☐ Promover a esperança
- ☐ Promover a definição de limites
- ☐ **Promover o autocuidado**
- ☐ **Promover a autoestima**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ Proporcionar privacidade
- ☐ **Proporcionar orientação para a realidade**
- ☐ Proporcionar apoio espiritual
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ Reforçar a identidade pessoal
- ☐ Reforçar a definição de prioridades
- ☐ Reforçar a autoeficácia
- ☐ Apoiar as crenças
- ☐ Apoiar o processo de decisão
- ☐ Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ Apoiar rituais espirituais
- ☐ **Ensinar acerca do processo de doença**
- ☐ Ensinar acerca do processo de morte

Diagnóstico – Processo familiar comprometido
--

Intervenções:

- ☐ Avaliar o stress do prestador de cuidados
- ☐ Avaliar o apoio social
- ☐ Colaborar com a assistência social
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ Facilitar o acesso ao tratamento
- ☐ Promover o apoio social
- ☐ **Proporcionar orientação antecipatória à família**
- ☐ Proporcionar apoio social
- ☐ **Comunicar o estado a um familiar**
- ☐ **Apoiar o processo de luto da família**
- ☐ **Ensinar a família acerca do regime**

Diagnóstico: Autoestima baixa, atual

Intervenções:

- ☐ **Avaliar o controlo de sintomas**
- ☐ **Avaliar a dor**
- ☐ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ☐ **Avaliar atitude relativamente a doença**
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao controle farmacológico
- ☐ Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- ☐ Avaliar capacidades
- ☐ Avaliar o *coping*
- ☐ Avaliar as crenças culturais
- ☐ Avaliar o ambiente
- ☐ **Avaliar as expectativas**
- ☐ **Avaliar o bem-estar físico**
- ☐ **Avaliar o bem-estar psicológico**
- ☐ Avaliar o autocuidado
- ☐ Avaliar a autoimagem
- ☐ Incentivar as afirmações positivas
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ **Avaliar a resposta à medicação**
- ☐ Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- ☐ **Implementar terapêutica do humor**
- ☐ Envolver no processo de decisão
- ☐ Manter a dignidade e a privacidade

- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ Gerir a dor
- ☐ Promover a esperança
- ☐ Promover a definição de limites
- ☐ **Promover o autocuidado**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ Proporcionar privacidade
- ☐ **Proporcionar orientação para a realidade**
- ☐ **Reforçar os sucessos**
- ☐ **Reforçar as capacidades**
- ☐ Reforçar a identidade pessoal
- ☐ Reforçar a definição de prioridades
- ☐ Reforçar a autoeficácia
- ☐ Apoiar o processo de decisão
- ☐ Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ **Ensinar acerca do processo de doença**

Diagnóstico: Luto Atual

Intervenções:

- ☐ **Avaliar atitude relativamente a doença**
- ☐ Avaliar capacidades da família
- ☐ Avaliar o *coping* da família
- ☐ Avaliar as crenças culturais da família
- ☐ Avaliar as crenças espirituais da família
- ☐ Avaliar o bem-estar espiritual da família
- ☐ **Estabelecer a confiança**
- ☐ Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- ☐ Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de luto
- ☐ Manter a dignidade e a privacidade
- ☐ Gerir o regime de exercício
- ☐ **Gerir a medicação**
- ☐ Proporcionar apoio emocional
- ☐ Proporcionar apoio espiritual
- ☐ Apoiar as crenças
- ☐ Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- ☐ **Apoiar o estado psicológico**
- ☐ Apoiar rituais espirituais

- ☐ Ensinar acerca do processo de morte
- ☐ Envolver família
- ☐ **Apoiar família**
- ☐ Solicitar apoio

2.10 REPRODUÇÃO/OBSERVAÇÕES

Diagnóstico – Parceria com família para a continuidade de cuidados comprometida

Intervenções:

- ☐ Apoiar o prestador de cuidados
- ☐ Avaliar a capacidade do prestador de cuidados
- ☐ Distribuir material educativo
- ☐ Informar prestador de cuidados
- ☐ Envolver família
- ☐ **Apoiar prestador de cuidados**
- ☐ **Apoiar família**
- ☐ **Ensinar a família acerca do processo de doença**
- ☐ **Ensinar a família acerca do regime**
- ☐ **Reforçar as capacidades do indivíduo**
- ☐ **Reforçar as capacidades do prestador de cuidados**
- ☐ Solicitar apoio